

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON 1

- MEDECINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 446

LES FIEVRES PROLONGEES

PROPOSITION D'UNE METHODOLOGIE
POUR TENTER DE RESOUDRE CE PROBLEME

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 13 Octobre 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Roger MAS

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 23 Janvier 1951

à LYON (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON 1

- MEDECINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N°

LES FIEVRES PROLONGEES

PROPOSITION D'UNE METHODOLOGIE
POUR TENTER DE RESOUDRE CE PROBLEME



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 13 Octobre 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Roger MAS

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 23 Janvier 1951

à LYON (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON I

• MÉDECINE •

M. E. R. GRANGE-FLAUME

Année 1977 - 1978

LES FIEVRES PROLONGÉES

PROPOSITION D'UNE MÉTHODOLOGIE
POUR TENTER DE RÉSOUDRE CE PROBLÈME



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 13 Octobre 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Roger MAS

né le 25 Janvier 1951

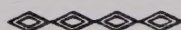
à LYON (Rhône)

— UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I —

Président de l'Université	M. le Professeur D. GERMAIN
Vice Président	M. le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice Président	M. B. ROUSSET
Troisième Vice Président	M. R. LOPEZ
Secrétaire Général	M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

Médecine : GRANGE BLANCHE	M. le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS CARREL	M. le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST	M. le Professeur J. NORMAND
LYON NORD	Directeur : M. le Docteur J.P. NEIDHARDT
	Directeur honoraire : M. le Professeur A. BERTOYE
Biologie Humaine	M. le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)
Techniques de Réadaptation	M. le Docteur A. MORGON (MCA)
Sciences Pharmaceutiques	M. le Professeur BIZOLLON
Sciences Odontologiques	M. le Docteur R. VINCENT
Institut régional d'éducation physique et sportive ..	Président du conseil d'UER : M. le Professeur R. GUILLET,
	Directeur M. A. MILLON
Mathématiques	M. le Professeur E. COMBET
Physique	M. le Professeur J. DELMAU
Chimie et Biochimie	M. le Professeur J. HUET
Sciences de la Nature	M. le Professeur R. GINET
Sciences Physiologiques	M. le Professeur J.F. WORBE
Institut Universitaire et Technologie n°1	M. le Professeur B. POUYET
Institut Universitaire et Technologie n°2	M. J. GALLET (Directeur ENSAM)
Observatoire	M. M. MONNET (Astronome Adjoint)
Physique Nucléaire	M. le Professeur GUSAKOW
Mécanique	M. le Professeur G. COMPTE-BELLOT.



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
Monsieur le Professeur J. PASQUIER

qui nous a, dès le premier jour, séduit
par sa compréhension humaine, sa vivacité
d'esprit, la clarté de son enseignement.

Il a bien voulu nous donner ce travail,
nous accordant ainsi sa confiance dont
nous le remercions.

Que cette thèse soit un hommage, bien
modeste en regard de la reconnaissance
que nous lui portons.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

Monsieur le Professeur G. RIFFAT

qui, sous une originalité et un dynamisme parfois mal compris, cache une ouverture d'esprit et une lucidité dans le jugement peu communes.

Monsieur le Professeur G. DESPIERRES

Il a bien voulu s'intéresser à ce travail et le juger. Qu'il trouve ici le témoignage de notre vive reconnaissance.

Monsieur le Professeur R. LEVRAT

Nous le remercions d'avoir bien voulu être notre juge, et de nous avoir toujours donné l'exemple du bon sens.

A Monsieur le Professeur A. BOUCHET

Dont le coeur et l'esprit nous ont conquis.
Nous avons été touchés au fil des ans par sa
simplicité, la clarté de ses explications
tant en chirurgie qu'en anatomie, mais aussi
par son expérience humaine que nous avons eu
l'occasion d'apprécier à maintes reprises.

A Messieurs les Docteurs H. ROUSSET et M. SIBILLE

Nous les remercions des conseils par lesquels
ils nous ont fait profiter de leur grande
compétence.

Aux Docteurs S. BOUCHERON et J.L. VIGNAL

Nos conférenciers d'internat.
Nous leur devons la réussite au concours.

INTRODUCTION

Problème d'actualité, celui des fièvres prolongées, l'est à plusieurs titres :

- certes à cause de la fréquence avec lequel il se pose (de 0,52% à 3,2% des hospitalisés en service de médecine générale), mais aussi par les embûches qu'il dresse au cours de la démarche étiologique.

Il peut cependant paraître surprenant de voir ce sujet faire l'objet d'un choix, de nombreux auteurs s'étant déjà penchés sur ce problème. Paradoxalement, c'est la multiplicité même de ces études, reflet d'une insatisfaction quant aux solutions proposées, qui a motivé notre choix.

Au vue des données cliniques pauvres ou d'interprétation difficile, des investigations paracliniques multiples et complexes, il nous a semblé intéressant de tenter d'élaborer une méthodologie de recherche des étiologies de ces fièvres.

Notre espoir était d'arriver à forger un outil de travail pour le médecin pouvant l'aider dans sa décision : collecte des signes et demande des examens les plus adaptés aux problèmes concrets auxquels il se trouve confronté.

Au fil de notre étude, plusieurs problèmes se sont dégagés :

- étude statistique des causes de fièvres prolongées, à la recherche de données numériques précises.
- évaluation et choix des examens sur des critères objectifs.

Ces deux points n'ont pas été sans nous poser de nombreuses difficultés.

Enfin, le protocole proposé fut testé sur un échantillonnage de fièvres prolongées afin d'évaluer son intérêt en tant qu'aide au diagnostic.

CHAPITRE I

- SITUATION ACTUELLE DU PROBLEME DES FIEVRES PROLONGÉES

I - DEFINITION DE LA FIEVRE PROLONGEE

Tout panorama de la situation actuelle du problème des fièvres prolongées commence par celui de la définition. Celle-ci se doit de reposer sur une base précise.

Classiquement, on dit qu'une fièvre est prolongée quand elle dépasse 38°C et trois semaines de durée.

POURQUOI 38°C ?

Fixer une limite supérieure précise à la température normale doit tenir compte de deux facteurs :

- un petit nombre d'individus a une température toujours légèrement au-dessus des niveaux tenus pour "normaux".

- Chez une même personne, la température peut varier dans certaines limites.

En règle générale, cependant, on peut considérer sans risque d'erreur comme le signe d'un état maladif une température rectale supérieure à 38°C chez un sujet couché ou livré à une activité modérée.

Chez des sujets sains, on peut retenir les chiffres suivants:

- 36°5 à 37° le matin entre 3 heures et 7 heures
- 37°5 à 37°9 entre 18H.00 et 22H.00.

Les courbes de fièvre de très nombreuses maladies tendent également à suivre ce dessin diurne normal : la fièvre tend à monter, à faire une "pointe" le soir, et beaucoup de patients à maladie fiévreuse présentent des températures normales dès les premières heures de la matinée.

Il découle de ce fait un premier principe : la prise de température doit obligatoirement être bi-quotidienne, au repos, et prendre place à l'intérieur d'un certain espace horaire.

POURQUOI UNE DUREE DE TROIS SEMAINES ?

Le problème est de savoir : à partir de quand s'agit-il de ce qu'on appelle "une fièvre prolongée" ?

A ce propos, il y a une évolution des faits et des esprits, et actuellement on ne peut s'en tenir à la limite des 21 jours, car il est souvent nécessaire et utile de faire quelque chose avant ce délai, ne serait-ce que sur la demande du malade. Celui-ci en effet vient souvent consulter après 10 ou 15 jours de fièvre et réclame l'aide du médecin.

De fait, cela semble si facile à dire, "une fièvre prolongée" est avant tout "une fièvre qui dure...".

Il faut remarquer d'ailleurs que cette fièvre a très souvent été "traitée", et plus particulièrement aux antibiotiques.

Nous conserverons cette limite d'une quinzaine de jours minimum, ce qui a l'intérêt d'éliminer les états fébriles de brève durée d'origine virale et ordinairement bénins qui ne posent pas les mêmes problèmes.

Enfin, il est bien évident que nul malade n'est venu consulter un jour pour une "fièvre prolongée...". Il ne s'agit pas d'un diagnostic, mais bien d'un syndrome créé le plus souvent par notre propre échec devant une fièvre, au départ aiguë, et dont la cause n'a pas été reconnue.

Rares sont les cas (portant le plus souvent sur des personnes âgées) où le patient est vu "de novo" avec une fièvre durant depuis plus de quinze jours et négligée.

II - LES ETIOLOGIES : ETUDE D'APRES LES STATISTIQUES

"Les maladies fréquentes sont fréquentes,
les maladies rares sont rares".

R. HEGGLIN

a) LES BASES DE L'ETUDE

=====

La situation exacte du problème actuel des fièvres prolongées nous a semblé réclamer d'emblée une revue synthétique des différents cadres diagnostiques.

Ceux-ci présentent l'intérêt de situer le problème, mais ne doivent pas faire tomber dans une erreur : vouloir enfermer les fièvres prolongées dans des critères très restrictifs. Voulant en faire une entité particulière, on risque alors d'oublier que la plupart des maladies peuvent s'exprimer par une fièvre longtemps isolée.

Le nombre de cas colligés sur lequel porte notre regroupement de statistiques est de 3143.

Les sources demandent à être précisées:

Elles comprennent les séries de :

- JANBON, BERTRAND, CORTET, REVOL & VIALA, BOTTIGER, EL LAMAH, DEAL, ORDOVINI, PETERSDORF & BEESON, EFFERSOE, SHEON, RAULT, REID, PLAUCHU & GIRAUDET, AUBERTIN, FRAYHA, EYCKMANS, PETTERSSON, BUY, ROUILLAT, LAMOTTE.

Le choix de ces séries d'auteurs amène un certain nombre de remarques :

1°) Tous les auteurs n'ont pas fait entrer les mêmes étiologies dans les mêmes rubriques, aussi avons-nous été obligés de réformer certaines classifications d'auteurs afin d'unifier notre mode de calcul des fréquences.

Les rubriques choisies furent : infections et parasitoses, hémopathies et cancers, collagénoses et enfin "divers".

Le remaniement considéré n'a, par ailleurs, aucune incidence bien évidemment sur les fréquences individuelles de chaque maladie.

2°) Toutes les statistiques ne sont pas homogènes dans le temps, puisqu'elles s'échelonnent entre 1956 et 1976. Cependant, la différence de fréquence relative des rubriques considérées ne semble pas statistiquement significative, au vu des enquêtes de morbidité générale de l'INSERM et d'une étude statistique comparative des deux séries extrêmes par le test de X² (Il n'est, en effet, pas possible de conclure au seul vu des chiffres, une petite différence pouvant être significative sur des effectifs importants).

3°) Les statistiques considérées, et ce sont les seules sources dont nous ayons pu disposer pour aborder cette étude, nous ont laissé une certaine amertume...

En effet, plusieurs écueils se font jour, pouvant prêter le flanc à la critique :

- Les publications proviennent de services de médecine à vocation différente : médecine interne, pathologie infectieuse, cancérologie, hématologie Par là-même, le recrutement est très probablement changé, interdisant toute comparaison "de service à service". Etant donné le grand nombre de cas colligés, provenant de 20 auteurs différents, nous espérons cependant nous être rapprochés autant que possible de la réalité, en augmentant la qualité de l'échantillonnage.

- La pathologie rencontrée en milieu hospitalier ne reflète pas, bien évidemment, celle que l'on peut rencontrer en pratique quotidienne.

- Le pourcentage de fièvres inexplicables, par rapport au total des cas d'hospitalisation pour fièvre prolongée, est très disparate, comme il apparaît sur le tableau III (évoluant entre 7% et 66%, avec une moyenne de 22%). Un rôle bien modeste, voire négligeable dans cette variation, semble joué par les progrès des moyens diagnostiques à notre disposition comme l'indiquent les études les plus récentes :

- BUY	1972	24,5 %
- EYCKMANS	1973	25 %
- RAULT	1973	13,5 %
- AUBERTIN	1974	24,5 %
- ROUILLAT	1976	18 %

par rapport aux plus anciennes :

- REID	1956	37 %
- BOTTIGER	1957	27 %
- PETERSDORF	1961	7 %
- CORTET	1965	19 %

Ceci nous amène d'ailleurs à soulever encore ce problème :

- Existe-t-il un moyen d'arriver plus souvent au diagnostic ?

- Les statistiques publiées par les différents auteurs (à l'exception parfois des thèses de doctorat en médecine) ne présentent le plus souvent que fort peu de précisions. Ceci nous aura d'ailleurs assez souvent gênés, devant des questions que l'on peut raisonnablement se poser :

- Comment se sont révélées ces fièvres ?

- Etaient-elles isolées, ou associées à un signe "orientateur" ?

- Quel était l'âge de chaque patient ?

- Quels examens ont mené au diagnostic ?

Autant de problèmes dont la réponse aurait pu nous aider substantiellement, dans une recherche dont on imagine la difficulté puisqu'elle entre dans le cadre des études prospectives.

4°) Il faut remarquer que les critères de choix ne sont pas les mêmes pour tous les auteurs quant à la définition de la fièvre prolongée.

Cependant, tous entrent dans le cadre de notre définition, la durée minimum de la fièvre ayant été fixée à 15 Jours, et le niveau minimum à 38°C (sauf pour EFFERSOE : 37°8).

5°) Ont été exclus de notre éventail :

- les cas relevant de la simulation.

- les fièvres survenant chez des enfants de moins de 15 ans.

- les fièvres post-opératoires rencontrées en milieu chirurgical.

b) RESULTATS

=====

Nous avons choisi de les livrer sous forme de :

- classement par tranches de fréquence

- Etiologies représentant plus de 1% des cas colligés -TABLEAU I

- Etiologies représentant moins de 1% des cas colligés, de valeur évidemment très discutable. -TABLEAU II

- Enfin, tableau récapitulatif des grandes études statistiques. -TABLEAU III

T A B L E A U I

Nombre absolu supérieur ou égal à 30
soit $N \geq 1\%$

. Tuberculoses	305	10%
. Endocardites	145	
. Hodgkin	109	
. Bronchopneumopathies bactériennes et abcès du poumon	107	
. Septicémies bactériennes	101	3,25%
. Infections urinaires	89	
. Infections biliaires	75	
. Hémato-Sarcomes non Hodgkiniens	69	
. Brucelloses	67	
. Leucoses aiguës	61	
. Néoplasmes du rein	52	1,75%
. Thrombo-embolies	51	
. Néoplasmes du foie	51	
. Lupus érythémateux disséminés	51	
. Sigmoïdites	46	
. Salmonelloses	46	
. Néoplasmes bronchiques	44	
. Fièvres médicamenteuses	44	
. Péri-artérites noueuses	44	
. Maladies de Horton	40	
. Amibiases	36	
. Néoplasmes coliques	33	
. Infections O.R.L. et Stomato	32	1%

N.B. - les pourcentages sont approchés.

T A B L E A U I I

Nombre absolu inférieur à 30
soit N $\leq$ 1%

. Polyarthrites rhumatoïdes	27	
. Cirrhoses	22	
. Infarctus pulmonaires	19	
. Paludismes	19	
. Hyperthyroïdies	17	
. Infarctus myocardiques	17	
. Mononucléoses infectieuses	17	
. Rectocolites hémorragiques	16	
. Métastases osseuses	16	
. Dilatations des bronches	15	0,50%
. Rhumatismes articulaires aigus	14	
. Néoplasmes ovariens	14	
. Myélomes	14	
. Néoplasmes gastriques	14	
. Néoplasmes pancréatiques	13	
. Maladies de Crohn	13	
. Abscès péricoliques	13	
. Hépatites virales	13	
. Pseudo-Polyarthrites rhizoméliques	13	
. Maladies périodiques	12	0,40%
. Kala-Azar	12	
. Prostatites	12	
. Dermatomyosites et polymyosites	11	
. Thyroïdites	11	
. Leucémies myéloïdes chroniques	11	
. Sarcoïdoses	10	0,33%
. Distomatoses	10	
. Méningites	10	
. Abscès du foie à pyogènes	10	
. Bronchopneumopathies virales	9	
. Fièvres à l'étiocolanolone	9	
. Granulomatoses hépatiques non spécifiques	8	
. Porphyries	8	
. Péricardites	8	

. Aplasies médullaires	8	
. Brill-Symmers	8	
. Abscès sous-diaphragmatiques	8	
. Infections gynécologiques	8	
. Pleurésies	7	
. Maladies des griffes du chat	7	
. Néoplasmes prostatiques	7	
. Néoplasmes thyroïdiens	7	
. Toxoplasmoses	7	
. Rickettsioses	7	
. Leptospiroses	6	0,20%
. Maladies de Biermer	6	
. Maladies de Whipple	6	
. Artériopathies des membres inférieurs	6	
. Fibromes utérins	5	0,16%
. Ostéites	5	
. Néoplasmes vésiculaires	5	
. Néoplasmes utérins	5	
. Néoplasmes rétro-péritonéaux	5	
. Fièvres toxiques	5	
. Infections à Cytomégalo-virus	4	
. Phlegmons périnéphrétiques	4	
. Spondylodiscites	44	
. Hydatidoses	4	
. Abscès du cerveau	4	
. Ornithoses	4	
. Néoplasmes du cerveau	4	
. Maladies de Weber-Christian	4	
. Pancréatites	4	
. Endométrioses	4	
. Infarctus mésentériques	4	
. Maladies de Wissler-Fanconi	4	
. Néoplasmes vésicaux	3	0,10%
. Néoplasmes O.R.L.	3	
. Maladies de Waldenström	3	
. Purpuras rhumatoïdes	3	
. Pseudo-Kystes du pancréas	3	
. Urethrites	3	

TABEAU II (Fin)

. Mycoses	2
. Bilharzioses	2
. Mycoplasmoses	2
. Lèpres	2
. Leucémies lymphoïdes	2
. Sarcomes de rate	2
. Mélanoblastomes	2
. Néoplasmes oesophagiens	2
. Sclérodermies	2
. Tumeurs bénignes bronchiques	2
. Syphilis	2
. Appendicite	2
. Borreliose	1
. Ulcère perforé	1
. Anguillulose	1
. Abscès de la rate	1
. Adénolymphite mésentérique	1
. Filariose	1
. Cysticercose	1
. Myélofibrose	1
. Syndrome de Wegener	1
. Syndrome de Dressler	1
. Poumon des oiseleurs	1
. Fibro-élastose de l'endocarde	1
. Hémorragie méningée	1
. Ostéonécrose post-traumatique	1
. Abscès des parties molles	1
. Trypanosomiase	1
. Anémie hémolytique	1
. Encéphalite virale	1

TABLEAU III

GRANDES ETUDES STATISTIQUES
(fièvres simulées exceptées)

	INFECTIONS & PARASITOSE	TUBERCULEUSES	NON TUBERCULEUSES	HEMOPATHIES & CANCERS	COLLAGENUSES	DIVERS	INEXPLIQUEES	TOTAL
JAMBON	207 51%	56	151	101 26%	21 5,5%	30 7,5%	40 10%	400
BERTRAND	26 32%	6	20	40 50%	1 1%	6 7%	8 10%	80
CORTET	26 54%	4	22	5 11%	4 8%	4 8%	9 19%	48
REVOL VIALA	34 32%	9	25	19 19%	6 5%	13 12%	34 32%	106
BOTTIGER	217 43%	55	162	49 10%	19 4%	83 17%	132 27%	489
ABI-EL-LAMAH	14 49%	3	11	9 30%	3 10%	4 11%	?	30
DEAL	12 35%	4	8	7 20%	5 15%	3 9%	7 20%	34
ORDOVINI	27 42%	7	19	14 21,5%	3 4,5%	2 3%	19 29%	65
PETERSDORF BEESON	36 36%	20	16	20 20%	15 15%	22 22%	7 7%	100
EFFERSON	51 65%	3	48	4 5%	6 7,5%	10 14%	6 7,5%	77
SHEON	13 22%	3	10	10 16,5%	8 10,5%	6 10%	33 40%	60
RAULT	105 43,5%	24	81	43 17%	32 13,5%	29 12,5%	31 13,5%	240

TABLEAU III
(suite)

GRANDES ETUDES STATISTIQUES
(fièvres simulées exceptées)

	INFECTIONS & PARASITOSE	TUBERCULEUSES	NON TUBERCULEUSES	HEMOPATHIES & CANCERS	COLLAGENOSSES	DIVERS	INEXPLIQUEES	TOTAL
REID	33 29%	6	27	14 12%	2 1,5%	23 20,5%	41 37%	113
ROUILLAT	32 46,5%	6	26	12 17,5%	3 4,5%	9 13,5%	13 18%	69
PLAUCHU GIRODET	60 60%	10	50	13 13%	3 3%	5 5%	19 19%	100
AUBERTIN	164 41%	35	129	90 22,5%	29 7%	20 5%	97 24,5%	400
FRAYHA	21 43%	8	13	13 27%	9 16%	1 2%	5 10%	49
EYCKMANS	27 34%	7	20	15 18,5%	11 14%	4 5%	20 25%	80
PETTERSSON	15 18%	9	6	4 0,5%	8 1%	0	56 66%	83
BUY	164 53%	35	129	30 9%	29 9%	11 4%	97 25%	331
LAMOTTE	26 52%	4	22	3 6%	6 12%	3 6%	14 28%	50

Les données livrées par notre échantillonnage méritent d'être discutées (et de ceci nous avons bien conscience) à la fois comme représentation générale de la totalité de la population "fièvres prolongées" et comme renseignements sur la fréquence relative des étiologies citées.

Tout d'abord, la taille de l'échantillon étant fixée, on peut dire qu'un écart donné entre la composition de celui-ci et celle de la population a d'autant moins de chance d'être dépassé que la taille de l'échantillon est plus grande.

D'autre part, les résultats bruts en nombre de cas ne signifient pas qu'on puisse affirmer : "l'endocardite infectieuse est plus fréquente que la maladie de Hodgkin dans les fièvres prolongées, donc elle est plus probable au départ", mais que certaines tranches de fréquence se dessinent avec des maladies fréquentes et des maladies rares, ce qui nous ramène à la petite phrase anodine de Hegglin, citée en début de chapitre...

Enfin, parmi les fréquences des maladies causales de fièvres prolongées, on assiste actuellement à des modifications.

Ces modifications sont liées à deux facteurs :

Le premier est celui de la forme clinique et évolutive. Il est particulièrement flagrant pour les maladies infectieuses, mais se retrouve à un moindre degré dans plusieurs cadres diagnostiques. Ce fait est le reflet des transformations naturelles des maladies, de l'extension des thérapeutiques (en particulier l'antibiothérapie et les corticoïdes), des techniques nouvelles de diagnostic.

Le second facteur est celui de fréquence, et actuellement on peut déjà noter des fluctuations :

- . Augmentation absolue des maladies de système (inflammatoires)
- . Augmentation relative des néoplasmes et hémopathies
- . Augmentation absolue des parasitoses (en relation avec l'accroissement des voyages outre-mer)
- . Augmentation absolue de la pathologie iatrogène.
- . A l'inverse, diminution absolue des maladies infectieuses.

Au terme de notre regroupement statistique, nous pouvons noter cependant que 23 grands cadres de maladie présentent un nombre absolu de cas supérieur ou égal à 30 soit, en ce qui concerne notre échantillonnage, un nombre égal ou supérieur à 1% des cas.

Cette liste est suivie d'une seconde qui rassemble les autres cadres diagnostiques par fréquence décroissante et non par catégories.

Pour chacune des affections, une récapitulation des moyens de diagnostic qu'ils soient cliniques ou para-cliniques a été tentée, mais il faut bien rappeler à ce propos que l'intérêt respectif des éléments du diagnostic n'a été considéré que dans le cas particulier des affections révélées par une fièvre prolongée faussement ou réellement isolée.

D'autre part, et ceci par définition, toutes ces affections se présentent après plus de 10 jours d'évolution. Ces deux points font que la valeur respective des examens est sensiblement différente de celle qu'elle pourrait avoir devant une forme de la maladie prise plus précocement au cours de son évolution.

Enfin, il faut remarquer que tous les examens biologiques, radiologiques, histologiques, immunologiques, auxquels nous avons eu recours pour compléter l'examen clinique, ont été analysés dans un esprit critique. La rentabilité de ces examens a été appréciée; mais, il faut savoir qu'il n'y en a pas un qui ne puisse induire en erreur le clinicien.

TUBERCULOSES

(305 cas)

Les Tuberculoses représentent, au sein de notre regroupement, le cadre diagnostique le plus important, équivalent à environ 10% des cas.

Ce nombre peut paraître surprenant, mais toutes les formes de tuberculoses peuvent se rencontrer : en-tête, les localisations pleuro-pulmonaires représentent plus de 2/3 des cas. Ce sera rarement une primo-infection révélée par une fièvre isolée, très exceptionnellement par une typho-bacillose de Landouzy. Ce sera beaucoup plus souvent une tuberculose pulmonaire commune. A côté de ces formes pulmonaires, il faut noter la grande fréquence des tuberculoses disséminées miliaires. (DESPIERRES)

En dehors de ces formes miliaires, les formes abdominales sont les plus fréquentes : rate, ganglions, péritoine, foie, rarement intestinale.

Il faut d'ailleurs remarquer que la tuberculose splénique pure n'existe pratiquement pas, toutes les études montrant l'association quasi constante d'une atteinte hépatique et ganglionnaire.

En dehors de la cavité abdominale, toutes les formes peuvent se rencontrer mais individuellement assez rarement : rénale, ménagée, gynécologique, ostéo-articulaire... Au total, il faut remarquer que 30 à 40% des tuberculoses sont découvertes à la suite de signes généraux insidieux, et ceci spécialement chez le vieillard. Le diagnostic de tuberculose est rendu extrêmement difficile par le polymorphisme même des atteintes, dont aucune en particulier ne peut à priori donner l'éveil.

Dans le cadre particulier des formes révélées par une fièvre prolongée, nous n'avons pas retenu la cuti-réaction ou mono-test à cause des réactions faussement positives. Par contre, notre choix a porté sur l'intradermo-réaction quantitative, fiable et précise.

Il faut noter à propos de ce test qu'il peut être négatif dans les formes disséminées miliaires. Si ce test négatif est doublé d'une intradermo-réaction à 50 unités et que celle-ci reste négative, la tuberculose peut cependant être pratiquement exclue.

Seules quelques hémopathies malignes chez certains sujets sous corticothérapie, ou atteints de sarcoïdose, présentent une IDR négative à 10 unités; eux aussi, cependant, présentent une IDR à 50 unités positive dans la quasi totalité des cas. (CHOUBRAC et HAAS).

En ce qui concerne les recherches proprement bactériologiques, elles semblent au total assez décevantes : les examens de crachats comme les tubages gastriques, mêmes répétés 3 fois à jeun ne représentent que 18 à 28% de positivité selon les auteurs.

Les mêmes recherches bactériologiques dans les urines sont légèrement plus souvent couronnées de succès (30%).

En ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, le problème reste comparable, de même que sur le myélogramme.

Sur le plan radiologique, les clichés essentiels sont bien évidemment ceux du thorax et l'urographie intraveineuse.

Quoiqu'il en soit, le vrai problème est de penser à la tuberculose puis d'essayer d'en faire la preuve. Or, la positivité inconstante des divers examens en tant que preuve absolue de tuberculose laisse déjà deviner que le diagnostic n'est souvent révélé que par le traitement d'épreuve ou par la laparotomie exploratrice... Quand ce n'est pas par l'autopsie.

Pour essayer de diminuer le nombre de ces cas, un examen est souvent sous-estimé ou mal connu : Il s'agit de la ponction biopsie hépatique. Nous reviendrons sur les intérêts multiples de cet examen.

ENDOCARDITES INFECTIEUSES

LENTES

(145 cas)

Le tableau clinique en est volontiers atypique, d'autant que des antibiotiques ont souvent été prescrits. Ces antibiotiques n'ont pas comme seul inconvénient de rendre non fiables les hémocultures effectuées durant leur administration, mais ils peuvent aussi inhiber la croissance bactérienne de telle manière que plusieurs jours après leur interruption, les cultures ne poussent pas.

Sur le plan clinique, l'endocardite est volontiers atypique. La splénomégalie n'est retrouvée que dans 30 à 60% des cas, d'ailleurs elle n'est souvent pas très précoce. D'autre part, les souffles cardiaques peuvent être faibles, et au total sont méconnus dans 1/4 des cas avant la survenue de l'endocardite.

En ce qui concerne la porte d'entrée, quelle que soit sa situation, le prélèvement bactériologique, à son niveau, est le plus souvent décevant, sauf s'il s'agit d'un cathéter ou d'une sonde.

Au total : on conçoit que le délai avant que soit posé le diagnostic puisse être encore étonnamment long.

Sur le plan biologique, les examens sont là aussi de valeur inégale, et les hémocultures restent le point capital du diagnostic, le seul en définitive qui reste à considérer.

Les hémocultures sont positives en règle dans 85 % des cas environ. Elles réclament une technique particulière, permettant de s'entourer du maximum de précautions. En ce qui concerne les endocardites à hémocultures négatives, on ne peut admettre le fait qu'après une dizaine d'hémocultures pratiquées sur plusieurs jours.

M A L A D I E d e H O D G K I N

(109 cas)

C'est sans surprise que l'on retrouve à la troisième place, par la fréquence, la maladie de Hodgkin.

Cette granulomatose maligne est, en effet, réputée par ses formes fébriles pures, qui représentent effectivement 15% de ses modes de révélation.

Encore faut-il, et ceci n'est pas seulement une digression, que la forme soit effectivement fébrile isolée.

Sans revenir sur les lacunes d'un examen clinique incomplet, on peut noter que les anomalies cliniques les plus fréquemment rencontrées sont les adénopathies et la splénomégalie (44%). Cette insistance sur les anomalies cliniques est en fait très motivée, en effet, seule l'histologie permet la reconnaissance de la maladie par la découverte de l'élément de certitude : la cellule de Sternberg.

Le premier geste réalisé sur l'adénopathie reste celui de la ponction ganglionnaire avec étude cytologique. A ce niveau, le seul élément de certitude reste la cellule de Sternberg. La qualité du cytologiste est en ce domaine un élément essentiel. Au demeurant, si la ponction ne permet pas un diagnostic de certitude, la biopsie ganglionnaire chirurgicale apportera le maximum de sécurité. L'histologie permettra la reconnaissance de la maladie.

Son deuxième intérêt sera la classification en différents types, mais ceci est à la limite de notre domaine.

En l'absence d'adénopathie ponctionnable, reste le problème de la lymphographie : la concordance radio-anatomique dépasse 92%. Les discordances sont essentiellement le fait des aspects dits "limites", ganglions petits, morcellés ou hyperplasiques, mal remplis, au niveau des groupes L1 , L2 . Les facteurs personnels subjectifs jouent alors dans l'interprétation des images, mais les faux positifs sont beaucoup plus fréquents que les faux négatifs. (AUBERTIN)

BRONCHO-PNEUMOPATHIES BACTERIENNES ET ABCES DU POUMON

(107 cas)

Il peut paraître surprenant de trouver en cette quatrième position les infections pulmonaires. On peut probablement expliquer cette fréquence par le fait que le diagnostic en est souvent rendu difficile par une antibiothérapie préalable, rendant le tableau batard; mais aussi par l'extrême banalité de l'atteinte infectieuse de l'appareil respiratoire, qui n'est pas forcément d'ailleurs prise très au sérieux.

SEPTICEMIES BACTERIENNES

(101 cas)

Les états septicémiques représentent environ 3,25% des cas colligés. Certes on pourrait citer cliniquement la splénomégalie, d'ailleurs inconstante, la présence d'une porte d'entrée reconnue par l'interrogatoire ou l'examen clinique, on pourrait évoquer aussi la présence d'une hyperleucocytose, mais l'examen qui fera le diagnostic est l'hémoculture.

Comparativement à l'isolement des germes sur hémocultures, les prélèvements bactériologiques au niveau de la porte d'entrée sont le plus souvent décevants. (CALAMY)

I N F E C T I O N S U R I N A I R E S

(89 cas)

La fièvre traduit l'infection.

Le spectre de l'infection domine l'histoire de l'urologie. On comprend facilement cela, sachant que dans plus de 3% des autopsies on constate la présence d'une infection urinaire chronique, souvent passée inaperçue. La fièvre prolongée n'est qu'un aspect de ces fièvres urinaires qui sont loin d'être rares. C'est le propre des formes dégradées, avec vague trouble mictionnel et endolorissement banal.

Le premier type de ces fièvres est celui des infections à germes banals, entrant dans le cadre des pyélonéphrites. Dans ce cas, deux points seront essentiels : tout d'abord, la cyto-bactériologie urinaire avec compte de germes sur urines fraîches.

En second lieu, la recherche d'une cause favorisante est indispensable : ce sera le rôle essentiellement de l'urographie intraveineuse.

Le deuxième type de ces infections urinaires est celui du phlegmon périnéphrétique, devenu fort rare, compliquant le plus souvent un abcès cortical du rein dans le cadre d'une septicémie.

L'urographie intraveineuse objective un flou du bord externe du psoas avec disparition de l'ombre rénale habituellement nette.

La cyto-bactériologie urinaire est le plus souvent stérile, par contre les hémocultures peuvent être positives.

Le troisième type d'infection urinaire est celui des localisations basses, mais là plus encore que dans les localisations hautes, une cause favorisante doit être impérativement recherchée, la cystite simple ne s'accompagnant jamais de fièvre. Là aussi, l'urographie intraveineuse sera essentielle.

Dans tous les cas, que la localisation de l'infection semble être haute ou basse, deux hantises doivent rester à l'esprit : celle de la tuberculose, mais aussi celle du cancer rénal, comme nous le verrons plus loin.

I N F E C T I O N S B I L I A I R E S

(75 cas)

Qu'il s'agisse de cholécystites ou de cholangites, les infections biliaires se révèlent assez fréquemment par une fièvre isolée, avec des signes locaux que leur discrétion même permet d'oublier facilement.

C'est dire que, le plus souvent, le diagnostic ne sera guère porté grâce à l'examen clinique, non plus que par une hyperleucocytose bien banale mais plutôt par les techniques radiologiques :

- l'abdomen sans préparation : mais seulement 20% des calculs sont spontanément visibles car suffisamment calcifiés.
- la cholécystographie orale montrant une lithiasse dans 70% des cas, mais qui n'est pas forcément pathologique si la vésicule n'est pas imprégnée.
- La cholangiographie intraveineuse, anormale dans 95% des cas, seule méthode pour affirmer l'exclusion vésiculaire.

La non-opacification de la vésicule, après une double dose de produit de contraste, suffit au diagnostic.

Un problème reste lié au fait que l'interprétation clinique n'est pas univoque : la lithiasse n'est pas forcément responsable de la fièvre, quand on sait que 20 à 25% des vérifications autopsiques montrent une lithiasse qui était restée cliniquement muette. C'est dire l'importance du diagnostic différentiel.

A l'inverse, il faut noter que la lithiasse vésiculaire peut très bien se compliquer d'une pathologie associée : cancer de la vésicule dans 2% des cas.

HEMATOSARCOMES NON HODGKINIENS

(69 cas)

Sous le terme d'hématosarcome non hodgkinien ou lymphome, la classification de l'O.M.S. rassemble les anciens lympho et réticulo sarcomes, y compris la maladie de BRILL-SYMMERS, le BURKITT, le mycosis fungoïde.

Parmi les sarcomes ganglionnaires en général, les formes fébriles pures ne sont pas rares : 10% des cas environ. Elles s'accompagnent fréquemment d'un amaigrissement, mais celui-ci est le plus souvent modéré (inférieur à 5 Kgs ou 10% du poids selon les auteurs). Les adénopathies sont en théorie présentes.

En dehors des adénopathies, toute symptomatologie peut se retrouver, qu'il s'agisse d'un gros foie, d'une grosse rate, ou d'autres symptômes...

La radio thoracique est anormale dans près d'un cas sur deux, au cours de l'évolution, mais dans les formes prises initialement elle ne l'est que dans 4% des cas environ, ceci regroupant les ganglions thoraciques, la plèvre et le parenchyme pulmonaire.

Les scintigraphies (splénique et hépatique) n'ont qu'une valeur limitée. Elles permettent d'apprécier le volume de l'organe, mais seule une image franchement lacunaire permet d'affirmer l'envahissement. Une répartition inhomogène de la radio activité est habituelle. Une scintigraphie normale ne permet aucune conclusion.

La ponction ganglionnaire révèle l'envahissement par des cellules malignes qui n'a de valeur que s'il est massif.

La biopsie exérèse chirurgicale du ganglion est beaucoup plus sûre pour le diagnostic.

La biopsie hépatique n'a de valeur que si elle est positive. Sa corrélation avec la biopsie médullaire est d'environ 75%. Aussi est-il probablement inutile de pratiquer l'un des deux examens, si l'autre a été réalisé et positif. L'intérêt de la biopsie médullaire se conçoit d'autant plus que le myélogramme est généralement normal.

On n'oubliera pas de pratiquer un examen O.R.L. spécialisé avec radiographies des sinus.

Dans tous les cas, il faut insister sur le fait que le diagnostic de certitude ne peut être qu'anatomo-pathologique.

La lymphographie pourra montrer l'envahissement; cette dernière est anormale (selon la plupart des auteurs) dans 30% des cas environ. Force est, dans le pourcentage des cas sans diagnostic réalisé, de se tourner vers la laparotomie exploratrice.

B R U C E L L O S E S

(67 cas)

Que l'on se trouve devant un tableau effectivement de fièvre isolée ou de fièvre accompagnée de douleurs diffuses, la parole restera aux examens para-cliniques.

—

Les hémocultures sont fréquemment négatives (1 cas sur 2) sans reparler des antibiothérapies intempestives.

En fait, deux examens dominent ce diagnostic :

- 1°) le séro-diagnostic de WRIHT. Ce séro-diagnostic se positive en général après le 15ème jour ; on le retrouve alors dans plus de 90 % des cas. La recherche d'anti-corps bloquants sera systématique.

- 2°) L'intradermo-réaction à la mélitine : positive après le 20ème jour. Elle ne sera faite qu'après le séro-diagnostic car pouvant le positiver.

Elle peut présenter un intérêt capital pour le cas d'une maladie déjà ancienne car elle est alors seule positive.

A l'inverse, si elle affirme le contage brucellien, elle ne peut préciser sa date.

LES LEUCOSES AIGUES

(61 cas)

Quoique les formes fébriles pures de leucoses aiguës ne représentent que 25% des cas environ, il faut inclure dans l'intérêt de notre étude les leucoses se révélant par des arthralgies fébriles ou par des anémies fébriles.

En considérant ces 3 formes, on obtient un pourcentage énorme des formes de révélation de ces hémopathies.

En effet, on sait que la splénomégalie est présente dans 80% des cas, l'hépatomégalie une fois sur deux environ, les adénopathies dans 3/4 des cas.

— L'hémogramme dénonce presque toujours l'insuffisance médullaire, révélant une anémie, une neutropénie et une thrombocytopénie d'importances variables.

En fait, le diagnostic revient au myélogramme : l'envahissement massif ne laisse en général aucun doute.

Le petit nombre de cas où l'envahissement n'est que partiel trouvera sa solution dans l'examen d'autres secteurs de moelle et de la biopsie médullaire alors nécessaire.

Dans tous les cas, il faudra traquer l'infection par des prélèvements divers. Ce n'est qu'en l'absence d'infection qu'on pourra invoquer une fièvre propre à l'hémopathie maligne que l'on serait peut-être tenter de rapporter à des perturbations métaboliques cellulaires profondes qui accompagnent les proliférations intenses (???).

L E S N E O P L A S M E S D U R E I N

(52 cas)

Avec ce pourcentage, ils viennent en-tête des néoplasmes révélés par une fièvre prolongée, dépassant de peu les néoplasmes du foie et des bronches.

Le diagnostic de cancer du rein ne devra pas s'attarder devant certains symptômes inconstants : polyglobulie, compte d'Addis perturbé, ou devant des anomalies banalement inflammatoires à l'électrophorèse.

L'urographie intraveineuse est en fait le seul et unique examen capital dans ce diagnostic. Elle montrera un syndrome tumoral évident dans plus de 2/3 des cas.

Il faut bien considérer que l'urographie dans presque 1/3 des cas semblera normale, soit que le cancer soit trop petit, soit que sa localisation soit corticale. C'est dans ce cas d'urographie normale (même au temps néphrographique précoce) ou très litigieuse que l'artériographie rénale prendra une place considérable.

L U P U S E R Y T H E M A T E U X D I S S E M I N E

(51 cas)

Maladie fréquente et souvent polymorphe, le L.E.D. représente plus que toute autre affection le problème de savoir quand y penser en médecine interne, sans erreur par défaut et sans exagération.

Un certain nombre d'examens para-cliniques seront non spécifiques : l'électrophorèse, le fond d'oeil.

La recherche de cellules LE donne des résultats positifs dans 2/3 des cas environ; cette positivité est en principe pathognomonique (ce pourcentage ne concernant pas une seule recherche mais des recherches répétées au cours de l'évolution).

La présence d'anticorps anti-nucléaires est à peu près constante en cas de lupus, et il est d'ailleurs hasardeux de poser ce diagnostic en l'absence d'anticorps anti-nucléaires.

L'aspect homogène correspond la plupart du temps à la présence d'anticorps anti ADN. Ceux-ci sont très spécifiques du lupus.

NEOPLASME DU FOIE

(51 cas)

Les néoplasmes primitifs du foie, moins réputés que ceux du rein pour leur forme fébrile pure se révèlent paradoxalement plus souvent que ces derniers par une fièvre isolée ou "faussement" isolée.

En effet, les formes fébriles représentent 40 à 50% des cas de néoplasme primitif du foie. L'hépatomégalie n'est palpée qu'une fois sur deux. Parmi les examens biologiques toutes les anomalies peuvent se rencontrer, mais le tableau le plus intéressant est celui de la confirmation d'une cholestase patente.

Par ailleurs, la présence d'alpha foetoprotéine, si elle est positive dans 40 à 60% des cas chez l'européen, est pratiquement pathognomonique. A l'opposé, sa recherche par radio immunologie est positive dans 92% des cas, mais elle perd en spécificité ce qu'elle gagne en sensibilité.

La scintigraphie ne permet de montrer que des lacunes de plus de 2 à 3 centimètres de diamètre. D'autre part, la lacune scintigraphique n'est évidemment pas spécifique, et dans le cadre de nos fièvres prolongées devra évoquer également en priorité un abcès du foie et plus accessoirement un kyste hydatique.

La ponction biopsie hépatique reste très discutée. En effet, ces tumeurs sont en général hypervascularisées d'où un risque accru d'hémopéritoine. Ce risque fait, pour la plupart des auteurs, préférer une ponction biopsie hépatique dirigée et sous contrôle de la vue après bilan complet de coagulation et sous laparoscopie; cette laparoscopie aura par ailleurs l'intérêt de montrer l'aspect global du foie.

L'artériographie sélective du tronc coeliaque comme l'hépatographie lipiodolée ne pouvant entrer dans le cadre des examens bénins ni de routine ne seront envisageables que dans un second temps, devant une forte suspicion. (FAGOLA, JEANBLANC).

Par contre, l'échotomographie du foie pourrait se révéler comme une concurrente directe de la scintigraphie, par sa valeur comme par son inocuité. (CHARBONNIER).

THROMBO - EMBOLIES

(51 cas)

On peut être surpris de trouver à cette place les Thrombo-embolies. Leur diagnostic clinique de même que leur contexte de survenue peut laisser présager d'un diagnostic aisé. Il ne semble pas en être toujours ainsi à voir la latence que l'on note entre le début de l'affection et le moment de sa reconnaissance.

L'immense majorité des cas retrouvés dans notre étude concerne des thromboses profondes, spécialement pelviennes.

Ces thromboses profondes se révèlent en fait le plus souvent par des troubles trop vagues pour attirer l'attention en dehors de la fièvre : troubles urinaires discrets, douleurs pelviennes sourdes....

Les touchers pelviens retrouvent parfois un cordon induré dans la partie latérale du pelvis; la biologie recherchera les produits de dégradation de la fibrine.

Dans tous les cas, spécialement si l'on se retrouve dans un contexte évocateur (avec en-tête les avortements récents, une infection ou un cancer sous-jacent...) une simple suspicion suffira pour décider de l'héparinothérapie en tant que test thérapeutique.

SIGMOÏDITES

(46 cas)

A leur propos, il faut tout d'abord se rappeler que la diverticulose colique est chez l'adulte une affection commune dont la fréquence augmente avec l'âge. Dans 3/4 des cas, elle est d'ailleurs parfaitement latente.

Le deuxième point à retenir est que le lavement baryté fait le diagnostic. Ce lavement baryté sera réalisé selon une technique standard. Un examen en double contraste n'est pas contre indiqué s'il est prudent, mais n'a d'autre intérêt que de rechercher toute association pathologique avec un néoplasme. Ceci est d'ailleurs le point capital, et le moindre doute doit faire pratiquer une coloscopie.

La deuxième association à rechercher est celle avec des abcès péricoliques. Ces abcès péricoliques font discuter de la date de l'intervention chirurgicale.

S A L M O N E L L O S E S

(46 cas)

Dans le cadre des fièvres typhoïdes, on peut relever tout d'abord que le séjour tropical n'a rien de nécessaire.

En ce qui nous concerne, c'est le diagnostic à la fin du deuxième septénaire voire au troisième septénaire qui se pose. A ce moment là, les hémocultures ont une positivité très inconstante, les coprocultures par contre sont plus souvent positives (80% des cas, à condition de les répéter 3 jours de suite).

Mais l'examen capital reste le séro-diagnostic, positif dans plus de 90% des cas. Il ne se positive qu'après le 10ème jour environ, présente son maximum de positivité au 20ème, 30ème jour et disparaît en 2 à 3 mois en ce qui concerne l'antigène O. Seule la présence des agglutinines O permet de dire que l'on se trouve en présence d'une salmonellose en évolution.

Ce séro-diagnostic sera à faire deux fois, afin de saisir une montée du taux des anticorps.

N E O P L A S M E S B R O N C H I Q U E S

(44 cas)

Un quart des débuts cliniques des néoplasmes bronchiques se font par un tableau fébrile. En fait, seule nous intéresse la fièvre au cours d'un tableau précoce. Il faut savoir penser au néoplasme bronchique certes devant une broncho-pneumopathie non résolutive qui reste fébrile, mais aussi devant une fièvre prolongée, isolée qui traîne chez un homme de plus de 40 ans.

Dans le diagnostic de ces cancers des bronches, trois examens sont essentiels :

1°) La radiographie pulmonaire simple (face et de profil).

2°) La fibroscopie bronchique avec biopsie, aspiration et brossage pour cytologie.

3°) L'examen anatomo-pathologique des produits prélevés.

LES FIEVRES MEDICAMENTEUSES OU THERAPEUTIQUES

(44 cas)

Rançon du modernisme, les fièvres médicamenteuses sont en nombre croissant. Ceci s'explique en raison de la multitude des thérapeutiques actuelles, et il est difficile de faire une liste exhaustive des médicaments causes de fièvres prolongées car tous sans exception peuvent en donner. Cette fièvre sera ou non associée à des éruptions cutanées ou à des atteintes articulaires.

Parmi les thérapeutiques responsables, nous nous contenterons de citer les plus courantes : pénicilline, autres antibiotiques, barbituriques, phénothiazines, anti-épileptiques, sulfamides.....

La latence est en général de 1 à 2 semaines de traitement. En fait, le diagnostic repose essentiellement sur la chute de la température après arrêt de la thérapeutique, mais dans l'interprétation de cet effet il faut tenir compte du temps d'élimination de la drogue qui peut être relativement long. On hésite par contre à conseiller le test de la reprise thérapeutique, susceptible de déclencher des accidents sévères. De même, le test de transformation lymphoblastique est une expérience qui a un peu déçu, semble-t-il.

On conçoit que ces accidents fébriles survenant au cours de traitement par les antibiotiques posent des problèmes de diagnostic différentiel difficiles à résoudre. Il faut en effet éliminer la poursuite évolutive ou la récurrence de la maladie initiale et surtout une surinfection bactérienne ou mycosique.

En annexe à ces fièvres médicamenteuses, nous ne ferons que citer d'exceptionnels cas de fièvres véritablement "toxiques", que ce soit celle des fondeurs de zinc (oxyde de zinc), ou celle due à une pyrolyse du polytétra-fluor-éthylène (matière plastique et métallurgie).

P E R I A R T E R I T E N O U E U S E

(44 cas)

Comme l'a dit si bien Fred SIGUIER, "la périartérite noueuse revêt en clinique un habit d'arlequin, c'est une pathologie de carnaval".

De fait, par l'infinie variété de ses localisations, la clinique de la périartérite noueuse est souvent polymorphe.

La biologie n'apporte aucun critère spécifique, elle révèle des éléments d'orientation, d'ailleurs inconstants :

- syndrome inflammatoire marqué,
- hyperleucocytose avec éosinophilie,
- anticorps anti-nucléaires parfois positifs, le plus souvent de type moucheté.

Le diagnostic ne peut être en fait affirmé que sur la présence de lésions histologiques.

La biopsie musculaire est le seul critère valable, à défaut d'une nodosité sous cutanée sur laquelle portera de préférence la biopsie.

Au cas où la biopsie serait négative, elle serait à refaire dans un autre territoire. En effet, cet examen histologique a d'autant plus de chance d'être positif qu'il porte au niveau d'un territoire qui exprime sa souffrance, soit par des manifestations cliniques, soit par des stigmates biologiques (rénaux).

M A L A D I E D E H O R T O N

(40 cas)

Comme le dit GRAVELEAU : "Il n'est pas de maladie de Horton avant cinquante ans ou chez un sujet dont la vitesse de sédimentation est inférieure à 40 mm. à la première heure".

Ce n'est bien souvent qu'à l'interrogatoire que l'on retrouvera les céphalées, les arthralgies ou les myalgies que le malade (considérant ces symptômes comme banals) passerait volontiers sous silence. L'examen clinique recherchera attentivement une région temporale inflammatoire, un trajet rigide ou tortueux avec disparition du pouls temporal; mais les anomalies peuvent être moins nettes, l'artère encore battante et légèrement indurée.

C'est en fait la biopsie d'une branche d'une artère temporale superficielle qui mènera au diagnostic. Elle sera certes guidée par un symptôme clinique, mais parfois le côté sera difficile à choisir. Si la biopsie est négative, l'examen ne suffit pas à éliminer le diagnostic et sera à refaire du côté contre-latéral.

Dans tous les cas, une suspicion de diagnostic ne doit pas faire attendre le résultat de la biopsie pour faire un traitement corticoïde d'épreuve, car le risque de cécité brutale n'est que trop fréquent.

A M I B I A S E

(36 cas)

Sous le terme d'amibiase, les tableaux cliniques retrouvés dans le cadre des fièvres prolongées concernent les atteintes hépatiques. Celles-ci ont souvent une expression très frustre, beaucoup plus souvent qu'une forme pseudo-septicémique.

Le séjour tropical n'est pas obligatoire, il peut être ancien et souvent devra être recherché à l'interrogatoire. Les antécédents d'amibiase colique sont souvent négligés, oubliés ou la maladie elle-même passée inaperçue. Sur le plan clinique on recherchera une douleur à l'ébranlement provoqué du foie, une hépatomégalie douloureuse, l'un au moins de ces deux symptômes étant retrouvé dans plus de 90% des cas. Sur le plan biologique, il faut rappeler qu'il n'existe pas d'éosinophilie. Les amibes dans les selles ne sont presque jamais retrouvées, même après réactivation.

Le bilan hépatique est souvent discrètement perturbé. La solution du diagnostic viendra le plus souvent de l'immunofluorescence.

Sur le plan radiologique, le point important reste la scintigraphie hépatique : elle est positive dans 90 % des cas et objective toute lacune supérieure à 2 ou 3 centimètres de diamètre.

La lacune scintigraphique apparaît rapidement; son absence après 15 Jours d'évolution doit faire émettre des réserves sur le diagnostic.

L'échotomographie est encore rarement utilisée mais pourrait être intéressante au même titre que dans le diagnostic des abcès d'autres origines et des formations kystiques.

NEOPLASME DU COLON

(33cas)

Les localisations en cause dans ces fièvres prolongées sans symptômes évocateurs sont le plus souvent le caecum (avec une écrasante majorité), l'angle gauche, le transverse, et enfin le sigmoïde.

La radiologie est toujours la clef du diagnostic : Un lavement baryté bien fait avec double contraste est anormal dans 90% des cas.

Dans les rares cas de litige, la coloscopie avec biopsie apporte entière satisfaction dans la totalité des cas.

INFECTIONS O.R.L. ET STOMATOLOGIQUES

(32cas)

Dernier de nos grands cadres diagnostiques, l'ensemble des infections de la sphère O.R.L. et stomatologique retiendra enfin notre attention.

De fait, les points d'infection sont très fréquents, qu'il s'agisse d'une sinusite chronique, d'une gingivite banale, d'une pyorrhée alvéolaire, d'un granulome apical dentaire, d'une amygdalite cryptique, d'une infection du cavum ou de l'oreille moyenne.

Tout ceci implique au moindre doute de confier le malade au spécialiste O.R.L. et stomatologue, en ayant soin de faire pratiquer des radiographies du crâne, des sinus et un maxillaire déroulé.

Le spécialiste sera alors en mesure de faire le bilan exact des lésions et par la même occasion d'éliminer un cancer ethmoïdonasal ou du rhino-pharynx.

Le reste de la démarche sera à faire par le médecin interniste, qui ne devra jamais omettre de penser à l'endocardite infectieuse et aux septicémies par ce point de départ, ainsi qu'aux infections broncho-pulmonaires (y compris les dilatations des bronches) favorisées par cette infection latente.

Après cette récapitulation des cadres étiologiques les plus fréquents, il nous reste à rapidement faire le tour des autres affections susceptibles de se révéler par une fièvre prolongée, affections aussi nombreuses que disparates.

Echelonnées de la polyarthrite rhumatoïde à la trypanosomiase, ces affections représentent toutes un nombre absolu inférieur à 30 cas soit dans le cadre de notre étude un pourcentage inférieur à 1% des cas.

P O L Y A R T H R I T E R H U M A T O I D E

(27 cas)

L'examen clinique est dans le cas qui nous intéresse le plus souvent entièrement négatif. La symptomatologie se résumant à une fièvre isolée, ou à une fièvre associée à des arthralgies fixes.

La réaction de WAALER-ROSE n'est positive que dans 60 à 80 % des cas, de plus, c'est un test tardif, presque toujours négatif au début. Il peut être donc intéressant de le refaire dans un délai raisonnable. La sérologie rhumatoïde est positive dans la plupart des polyarthrites rhumatoïdes au bout de 6 mois.

Les radios osseuses sont normales au début ou montrent seulement une ostéoporose homogène ou quelquefois mouchetée.

Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séro-négative en l'absence de signes radiologiques, ou d'une conclusion par la biopsie de synoviale reste souvent difficile. C'est alors l'évolution qui apportera une confirmation.

C I R R H O S E

(22 cas)

Dans un cas sur trois, la cirrhose se présente au clinicien avec une température supérieure à 38°C. Plusieurs éventualités sont alors possibles (CACHIN):

- Infections à germes banals, Tuberculose, Néoplasme du foie, Pyléphlébite.

Cependant, dans la grande majorité des cas, aucune explication valable ne peut être retenue en dehors de la cirrhose elle-même et l'on a pu parler de fièvres symptomatiques de la cirrhose, c'est à dire de fièvres "tissulaires" (LEVRAT).

Hors de notre cadre diagnostique se situe bien entendu la fièvre au cours de l'hépatite aiguë alcoolique.

I N F A R C T U S P U L M O N A I R E

(19 cas)

Le problème qui se pose est celui de l'embolie avec infarctus pulmonaire se présentant avec une radio pulmonaire normale, un électrocardiogramme sans signe de coeur pulmonaire aigu. Le dosage des LDH est souvent décevant. Par contre, si le contexte semble évoquer ce diagnostic, il ne faudra pas hésiter à demander rapidement une scintigraphie pulmonaire, excellent moyen de diagnostic.

Dans le doute, une héparinothérapie s'impose; elle aura d'ailleurs un intérêt diagnostique, faisant chuter la fièvre.

P A L U D I S M E

(19 cas)

Avec l'amibiase hépatique, c'est la seule maladie tropicale d'importation dont l'incubation peut dépasser deux ans. Le paludisme autochtone est très rare, mais il faut cependant remarquer que le séjour tropical n'est pas obligatoirement nécessaire. Cliniquement, la splénomégalie est présente dans la totalité des cas à condition d'être soigneusement recherchée. Le diagnostic est fait grâce au frottis sanguin, moins souvent par le séro-diagnostic (immunofluorescence) qui a une bonne valeur s'il s'agit d'un premier accès, beaucoup moins chez le vieux colonial. Rappelons à tout hasard qu'un paludisme ne présente pas d'éosinophilie sanguine.

Au demeurant, il importe avant tout de rechercher les parasites dans le sang périphérique de façon répétée, à intervalles rapprochés, car la parasitémie varie d'intensité d'heure en heure.

MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

(17 cas)

Cliniquement, la présence d'adénopathies comme la splénomégalie est très inconstante. Parfois peuvent apparaître des érythèmes fugaces. La réaction de PAUL-BUNNEL-DAVIDSON n'est pas constamment positive, et dans tous les cas ne le devient qu'après 8 à 15 Jours d'évolution.

Le MNI test a une spécificité aussi bonne que celle de la réaction de PAUL-BUNNEL-DAVIDSON, et permet d'avoir une réaction rapide. A l'opposé, du point de vue chronologique, l'agglutinine disparaît en six à huit semaines. Dans tous les cas, l'acceptation du diagnostic de mononucléose à sérologie négative est difficile à admettre; il faut se reporter alors au diagnostic de la toxoplasmose et des cytomégalo-virus.

RECTO - COLITE HEMORRAGIQUE

(16 cas)

Elle pourra parfois être en cause, avec symptomatologie intestinale restreinte; les aspects radiologiques, même de début, seront à rechercher attentivement sur le lavement baryté.

Par ailleurs, il ne faudra pas manquer de rechercher un abcès péri-colique ou même plus banalement une complication infectieuse au niveau anal.

METASTASES OSSEUSES

(16 cas)

Elles seront le plus souvent aisément dépistées par des radiographies demandées devant la moindre symptomatologie de type ostéo-articulaire. Le diagnostic étiologique devra rechercher des causes en priorité curables, c'est à dire une tumeur primitive thyroïdienne, prostatique, ovarienne, rénale.....

H Y P E R T H Y R O I D I E

(17 cas)

Il peut paraître surprenant de trouver l'hyperthyroïdie à cette place, et nous avons été nous-mêmes les premiers surpris de colliger 17 cas d'hyperthyroïdie révélés par une fièvre prolongée. En effet, si on s'en réfère à la thèse de Gilbert DREYFUS qui n'en réunissait que trois cas, l'hyperthyroïdie semble tout à fait exceptionnelle.

En fait, les cas relevant de notre statistique comprennent les maladies de BASEDOW vraies, les adénomes toxiques (déjà plus fréquents) et les thyroïdites subaiguës de De QUERVAIN. C'est dire que devant l'échec d'une enquête étiologique suscitée, et devant la présence du moindre goître même indolore et non soufflant, il ne faudra pas omettre de demander une hormonémie, et de rechercher la présence d'anticorps anti-thyroïdiens. Une scintigraphie thyroïdienne pourra être utile. Dans le cadre d'une thyroïdite subaiguë, la phase d'hyperthyroïdie sera le plus souvent suivie d'une phase de déficit glandulaire.

I N F A R C T U S D U M Y O C A R D E

(17 cas)

Là aussi, c'est avec quelque surprise qu'on peut retrouver à cette place les nécroses myocardiques, elles aussi avec 17 cas. De fait, le plus souvent la fièvre d'un infarctus ne dure pas plus de cinq à dix jours. Ceci est le principal argument permettant de comprendre la rareté des infarctus révélés par une fièvre prolongée, beaucoup plus que l'absence de douleurs qui est somme toute fréquente. Parmi les examens biologiques, l'hyperleucocytose banale est maximale au deuxième, troisième jour post-infarctus, le dosage de la créatine-phospho-kinase est peu intéressante car elle revient à la normale en quatre à cinq jours; par contre les transaminases sont plus longtemps augmentées et le sont dans 95 % des cas, enfin l'élévation des LDH est encore plus prolongée. L'électrocardiogramme montre le plus souvent les aspects évocateurs... encore faut-il penser à le demander.

D I L A T A T I O N D E S B R O N C H E S

(15 cas)

La radio thoracique, quoique anormale dans nombre de cas, est souvent peu évocatrice. Le diagnostic est bien sûr fait par la bronchographie, mais la bronchoscopie doit impérativement être faite avant elle, à la recherche d'une broncho-sténose. Les radios de sinus tiendront une place importante, dépistant un point de départ de l'entretien infectieux.

R H U M A T I S M E A R T I C U L A I R E A I G U

(14 cas)

La forme de rhumatisme articulaire aigu révélée par une fièvre prolongée n'est pas rare mais de diagnostic difficile. La précession d'une angine de:une à trois semaines avant le début des troubles n'est retrouvée que dans 2/3 des cas environ. L'apparition d'arthrite inflammatoire ou de diverses manifestations viscérales permet de le reconnaître, mais le plus souvent il faudra se contenter de simples arthralgies sans signes objectifs au moment de l'examen. On recherchera soigneusement une atteinte cardiaque, présente dans 1/3 des cas environ. Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu qui devient très rare après l'âge de quinze ans (5% des cas de RAA) a fait porter le terme, pour les cas où il se déclare chez un adulte, de rhumatisme subaigu de l'adulte.

L'un des trois anticorps antistreptococciques est retrouvé perturbé dans 95 % des cas.

Le prélèvement de gorge n'a pas été retenu car le plus souvent négatif.

N E O P L A S M E D E L ' O V A I R E

(14 cas)

Ce type de tumeur sera retrouvé rarement à l'examen clinique abdominal ou par les touchers pelviens, le plus souvent par la coelioscopie ou par la laparotomie exploratrice.

Cliniquement latent, il peut parfois s'accompagner de métastases péritonéales.

M Y E L O M E

(14 cas)

Certes pouvant se révéler par une symptomatologie de douleurs osseuses (90 % des cas) que l'on recherchera soigneusement à l'interrogatoire, ou par un amaigrissement massif, il est le plus souvent soupçonné devant une V.S. souvent supérieure à 100, mais qui peut être normale, et devant l'électrophorèse (anormale dans plus de 80 % des cas). Par ailleurs, le myélogramme montre généralement une plasmocytose importante. Une protéinurie banale ou de Bence-Jones, des radios osseuses anormales seront recherchées. L'examen permettant le diagnostic de certitude est en fait l'immuno-électrophorèse.

Il ne faut pas à ce stade oublier que l'amylose et les infections banales seront chez le myélomateux une cause possible de fièvre. A l'opposé, il ne faut pas trop vite admettre le diagnostic de myélome devant une dysglobulinémie. En effet, on observe des immunoglobulines monoclonales bénignes avec une relative fréquence chez les sujets âgés, en dehors de tout contexte pathologique.

Enfin, la prolifération plasmocytaire du myélome au début peut être relativement nodulaire, très variable d'un secteur à l'autre. C'est dire l'intérêt de répéter le myélogramme et de compléter l'examen cytologique de la moelle par une biopsie médullaire.

N E O P L A S M E D E L ' E S T O M A C

(14 cas)

Il sera reconnu par le transit baryté, dans le doute complété par une gastroscopie avec biopsie.

N E O P L A S M E D U P A N C R E A S

(13 cas)

Problème de diagnostic gastro-entérologique beaucoup plus ardu, celui du cancer du pancréas ne sera guère résolu cliniquement, ni d'ailleurs par les examens para-cliniques...

En effet, en dehors d'un amaigrissement parfois important, l'examen clinique est très décevant, le transit oesogastro-duodénal et la cholangiographie intraveineuse peuvent parfois être utiles, de même que la scintigraphie ou l'échotomographie pancréatique, l'artériographie coeliaque, mais c'est souvent à la laparotomie que l'on s'en remettra pour faire le diagnostic différentiel avec une pancréatite chronique.

M A L A D I E D E C R O H N

(13 cas)

Affection pour laquelle le transit du grêle est l'auxiliaire le plus utile au diagnostic.

Un dernier point à signaler reste celui de la recherche d'une complication infectieuse source de cette fièvre : fistule anale, abcès de la marge, et d'une façon plus sérieuse, abcès péri-intestinaux.

A B C E S P E R I C O L I Q U E

(13 cas)

Sous ce titre sont regroupés dans les statistiques étudiées divers abcès évoluant sans maladie intestinale spécifique (excluant donc la survenue d'abcès compliquant un néoplasme, colique en particulier).

Relèvent donc de ce cadre les suppurations occasionnées par un foyer infectieux intestinal proprement dit où les abcès venant compliquer l'évolution de bactériémies transitoires.

H E P A T I T E V I R A L E

(13 cas)

Dans ce cadre entrent deux affections à proprement parler très différentes l'une de l'autre :

- les formes anictériques de l'hépatite virale aigüe banale et l'hépatite chronique agressive.

P S E U D O - P O L Y A R T H R I T E R H I Z O M E L I Q U E

(13 cas)

Cette affection, dont la réalité clinique semble mieux répondre au nom que lui donnent les auteurs anglo-saxons (Polymyalgia Rheumatica) a déjà été évoquée avec les problèmes posés par la maladie de Horton.

M A L A D I E P E R I O D I Q U E

(12 cas)

La maladie périodique ou fièvre périodique méditerranéenne est une entité clinique définie par son origine dans un contexte racial particulier, les antécédents familiaux de poussées fébriles irrégulières, la survenue clinique d'accès fébriles (le plus habituellement toutes les deux à quatre semaines), commençant le plus souvent avant quinze ans, et rarement après trente cinq ans. Ce tableau fébrile s'accompagne de douleurs abdominales dans la quasi totalité des cas, rarement de douleurs articulaires ou thoraciques. On peut noter lors des accès une hyperleucocytose, une augmentation de la V.S. et du fibrinogène. Cette entité clinique pose le problème de ses rapports avec la fièvre à l'étiocholanolone.

Les relations exactes entre certaines fièvres prolongées et le métabolisme de l'étiocholanolone demeurent imparfaitement connues; la difficulté des dosages plasmatiques et urinaires en rend la comparaison difficile. De même, les cadres diagnostiques décrits en fonction de l'élévation des taux d'étiocholanolone libre sont-ils difficiles à discerner lorsque l'élévation de cette dernière n'est pas franche. Le diagnostic est entièrement basé sur un seul examen de laboratoire, d'ailleurs difficile à pratiquer, à savoir la mise en évidence dans le sang de quantités anormales d'étiocholanolone non conjuguée mais liée (du moins partiellement) aux protéines. (GEORGE)

Les taux redeviennent normaux en dehors des crises. Certains auteurs insistent sur la distinction entre la fièvre périodique méditerranéenne et la fièvre à l'étiocholanolone, mais ceci n'est pas l'avis de tous. Il semble souhaitable pour ce faire une idée plus précise de toujours penser à rechercher l'étiocholanolone dans les cas douteux. (PRIEST)

Certains ont voulu accorder un intérêt à la corticothérapie, théoriquement efficace dans la fièvre à l'étiocholanolone et inefficace dans la fièvre périodique méditerranéenne, mais cet argument semble assez fragile.

KALA-AZAR OU LEISHMANIOSE VISCERALE

(12 cas)

Un séjour tropical n'est pas nécessaire pour son diagnostic. Par ailleurs, la splénomégalie classiquement constante peut en fait manquer car la fièvre est possible avant l'apparition de l'augmentation de volume de la rate.

Biologiquement, on ne note jamais d'éosinophilie, par contre une anémie et une hypergamma-globulinémie sont fréquentes. Le myélogramme montre la présence de parasites dans 75 % des cas. La biopsie ganglionnaire quand une adénopathie existe montre elle aussi, dans des taux comparables, la présence du parasite. A priori, ces examens permettent le diagnostic de certitude.

La sérologie, par contre, quoique positive le plus souvent reste infidèle. Dans ces conditions, il semble logique de ne demander l'immuno-diagnostic que si les recherches dans le sang, la moelle, et les ganglions, sont restées défaillantes.

P R O S T A T I T E S

(12 cas)

Nous ne reviendrons pas sur les problèmes de cette affection, les défauts de son diagnostic relevant plus de lacunes à l'interrogatoire et à l'examen clinique que d'une difficulté particulière.

Le problème se pose en fait plutôt en terme de diagnostic différentiel avec celui du néoplasme prostatique. Un autre piège diagnostique peut relever d'une étiologie tuberculeuse.

Parfois, cependant seule la biopsie prostatique permettra de trancher.

DERMATO MYOSITE ET POLYMYOSITE

(11 cas)

Ce cadre d'affections ne sera pas tant diagnostiqué par l'examen clinique que par la biologie (augmentation de la créatine-phosphokinase, LDH, créatinurie) et par la biopsie musculaire, montrant une myosite parenchymateuse dégénérative entraînant secondairement des lésions interstitielles. Il faut noter que, dans ce cadre d'affections, les cellules LE sont absentes. La recherche d'une complication infectieuse ou d'une affection néo-plasique associée est indispensable.

T H Y R O I D I T E S

(11 cas)

Le problème des thyroïdites a déjà été évoqué plus haut à propos des hyperthyroïdites, mais il faut souligner le fait que l'affection ici retrouvée (maladie de DE QUERVAIN, exceptionnellement maladie de HASHIMOTO) se révèle souvent sans signes d'hyperthyroïdie notoires.

LEUCEMIE MYELOIDE CHRONIQUE

(11 cas)

La numération formule sanguine montre souvent une hyperleucocytose avec polynucléose notable.

C'est le myélogramme qui fera le diagnostic de certitude beaucoup plus que les recherches de chromosome Philadelphie ou le dosage des phosphatases alcalines leucocytaires.

A propos de cette affection, il faut toujours soupçonner, devant une fièvre d'apparition récente, le passage d'une leucémie myéloïde chronique méconnue jusqu'alors vers l'acutisation.

S A R C O Ï D O S E

(10 cas)

En l'absence d'adénopathie ponctionnable, le diagnostic de cette affection reposera sur la ponction biopsie hépatique revenant positive dans 75 % des cas. Notons pour mémoire que la cuti-réaction négative se rencontre dans $\frac{3}{4}$ des cas, et que le myélogramme est intégralement normal. Parfois, enfin, le diagnostic viendra plutôt d'une pathologie ganglionnaire thoracique qui pourra être éventuellement biopsiée. De fait, une radio thoracique anormale se rencontre dans plus de la moitié des cas, mais regroupant les atteintes parenchymateuses et ganglionnaires.

D I S T O M A T O S E

(10 cas)

Affection fréquente dans notre métropole, le séjour tropical n'est pas obligatoire pour faire poser le diagnostic. Parfois évoqué sur une éosinophilie importante, qui apparaît vers le 15ème jour et croît jusqu'au 2ème et 3ème mois où elle atteint souvent son acmé, il ne doit cependant pas être exclu devant une éosinophilie mineure. Les moyens de diagnostic sont essentiellement indirects : intradermo-réaction et immuno-diagnostic.

Pour clore ce bref rappel, il faut évoquer la possibilité de surinfection bactérienne qui doit toujours être recherchée.

M E N I N G I T E S

(10 cas)

Certes, dans ce cadre, toutes les étiologies restent possibles; mais celles que l'on retrouve le plus fréquemment sont :

- tuberculeuse
- mycosique
- virale
- parasitaire (cysticercose, trypanosomiose)
- bactérienne (en particulier méningococcique)
- listérienne

LES ABCES DU FOIE A PYOGENES

(10 cas)

D'expression souvent cliniquement fruste, ils surviennent dans 20% des cas au cours d'une septicémie (évoqués au sein du paragraphe correspondant).

La scintigraphie ou l'échotomographie restera la clef du diagnostic avec sa lacune caractéristique, beaucoup plus que la palpation inconstante d'une hépatomégalie douloureuse à la percussion.

Pour clore cette récapitulation des étiologies retrouvées, nous ne ferons que passer rapidement sur un groupe d'affections retrouvées moins de 10 fois chacune, et dont la présence reste probablement sujette à caution. En effet, en matière de statistiques, la pulvérisation des informations infirmé la validité des séries....

1 - DANS LE CADRE DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

- 9 Bronchopneumopathies virales

(myxovirus, paramyxovirus, beaucoup plus rarement Echo-et coxsackie...) Les viroses ayant, d'une façon rarissime, une durée supérieure à 8 jours d'évolution.

- 8 Abscesses sous-diaphragmatiques

Succédant à une intervention abdominale, parfois étonnamment lointaine (jusqu'à trois ou quatre mois) l'abcès sous-diaphragmatique pourra être suspecté radiologiquement.

De toute façon, dans le doute, la laparotomie exploratrice viendra clore toutes discussions.

- 8 Infections gynécologiques

Parfois suspectée devant des antécédents d'exploration endométriale, de pose de stérilets, d'accouchements avec manoeuvres instrumentales, de fausses couches....

- 7 Maladies des griffes du chat

Certes une histoire de contact avec des chats (mais elle peut être si banale...), une adénopathie régionale permet classiquement d'y penser. Mais de fait, ce sont les examens paracliniques qui apporteront la solution. L'intradermo-réaction, la biopsie ganglionnaire (inutile si l'intradermo-réaction est positive).

La sérologie par réaction de fixation du complément ne se positive que tardivement (deuxième mois). Son intérêt est donc limité dans le cas présent.

- 7 Rickettsioses

Le sérodiagnostic de WEIL FELIX est peu spécifique. Il est négatif en cas de fièvre Q et en cas de fièvre boutonneuse méditerranéenne. Par contre, le sérodiagnostic par micro-agglutination (GIROUD) est positif dans la fièvre Q. Le faible nombre de ces Rickettsioses dans les statistiques de fièvre prolongée n'est en fait pas dû à la rareté de cette affection en France mais au fait que l'évolution excède rarement deux semaines.

- 7 Toxoplasmoses

Entrant dans le cadre des syndromes mononucléosiques, la toxoplasmose sera évoquée devant l'hémogramme. Cet élément d'orientation appellera essentiellement l'examen sérologique (immunofluorescence) qui n'est positif qu'à la phase aigüe de l'infection.

Cette sérologie est supérieure aux dye-tests qui restent indéfiniment positifs après l'infestation.

La réaction de PAUL BUNNEL DADVIDSON est négative.

La ponction ganglionnaire avec recherche directe du parasite, d'un intérêt théorique essentiel, est peu utilisée en pratique.

- 6 Leptospiroses

Dans les formes cliniques dissociées, la leptospirose est assez difficilement évoquée. Biologiquement, son diagnostic ne sera pas fait par les hémocultures (qui ne sont positives que dans les trois premiers jours environ) ni par la leptospirurie, mais par le sérodiagnostic.

- 5 Ostéites

Excluant les ostéites tuberculeuses, on retrouve cependant cinq cas d'infection osseuse bactérienne. Leur diagnostic sera essentiellement fait sur l'aspect radiologique de clichés demandés devant une symptomatologie souvent minime.

Parfois, le doute sera suffisant pour justifier une exploration chirurgicale.

- 4 Infections à cytomégalovirus

Grâce à la mononucléose à l'hémogramme et à la sérologie.

La survenue d'une cytomégalovirose devra toujours faire suspecter un déficit immunitaire ou une hémopathie sous jacente.

- 4 Phlegmons péri-néphrétiques

La cytotactériologie urinaire est dans ce cas là stérile. Le diagnostic sera donc fait par le contexte clinique et l'aspect de l'urographie intraveineuse.

- 4 Spondylodiscites

Ne subsistent dans ce paragraphe, regroupant 4 cas, que les infections à germes banals.

Le diagnostic sera apporté en général par les aspects radiologiques, l'affirmation du diagnostic reposant sur les toмоgraphies et dans certains cas par la recherche des antistaphylolysines.

- 4 Hydatidoses

Le séjour tropical n'est pas obligatoire au diagnostic. L'examen clinique restant souvent décevant, le diagnostic sera assuré surtout par deux types d'examens :

- 1°) les examens biologiques qui comprennent l'intradermo-réaction de CASONI et la sérologie, méthode la plus rigoureuse. Deux types de tests doivent être couplés afin d'assurer une positivité quasi constante (par exemple: l'immunofluorescence et l'immunoélectrophorèse).

- 2°) Le deuxième type de méthode appartient au domaine radiologique. En pratique, lorsque le kyste n'est pas décelable par les radiés standards, deux possibilités s'offrent pour le diagnostic :

- soit la laparoscopie qui reconnaîtra les kystes à affleurement cortical,
- soit d'emblée la scintigraphie ou l'échotomographie.

- 4 Abscess du cerveau

En dehors d'un cadre septicémique, son origine se retrouve dans le propagation d'une infection (ORL) de voisinage. Leur diagnostic se pose dans les mêmes termes que celui de tous les processus expansifs intra-crâniens.

- 4 Ornithoses

Grâce au sérodiagnostic

- 3 Uréthrites

Sous ce titre, se cache en fait le syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER. En effet, uréthrite et conjonctivite disparaissant au bout de quelques jours à quelques semaines au plus tard, ce syndrome se résumera à une fièvre accompagnée d'arthrites migratrices.

Plus que par un prélèvement uréthral, c'est par l'étude du liquide synovial et la sérologie que le diagnostic sera apporté.

- 2 Mycoses

Les signes cliniques sont en général peu caractéristiques, les images radiologiques ne sont pas typiques (excepté l'aspergillose), les réactions immunologiques sont parfois peu sûres; il existe beaucoup de champignons pathogènes et saprophytes. On oublie souvent de faire le seul examen qui apporterait une preuve de l'existence d'une mycose, c'est à dire la mise en évidence des champignons dans les tissus, étant donné qu'on ne pense pas à ce diagnostic.

- 2 Bilharzioses

Que ce soit dans les urines comme dans la biopsie rectale sous rectoscopie, la recherche des oeufs n'est pas valable au stade qui nous intéresse (invasion), ces oeufs n'étant retrouvés qu'en phase chronique. Une éosinophilie parfois importante peut être par contre notée. Le diagnostic reposera sur l'immunologie.

- 2 Mycoplasmoses

Le diagnostic sera plus sérologique que bactériologique.

- 2 Lèpres

Sont concernées ici les formes septicémiques de la lèpre lépromateuse. Le diagnostic sera apporté par la présence de bacilles de HANSEN à l'examen direct (peau, muqueuses nasales, crachats). On notera l'absence de vaccination au B.C.G. (sinon le sujet aurait fait en principe une lèpre tuberculoïde). La réaction de Mitsuda est ici négative. Parfois on se trouvera en présence d'une forme BORDER-LINE, intermédiaire entre les formes typiques lépromateuse et tuberculoïde. Dans les formes lépromateuses, la recherche d'anticorps, anti-bacilles de HANSEN sera positive. A signaler la valeur de la ponction biopsie hépatique (granulomatose).

- 1 Syphilis secondaire

sérologie

- 1 Appendicite

Intervention

- 1 Borreliose

Examen direct sur le sang

- 1 Anguillulose

Examen des selles et sérologie

- 1 Abscès de la rate

Intervention

- 1 Adénolymphite mésentérique

Intervention

- 1 Filariose a loa-loa

Immunofluorescence

- 1 cysticercose

Immunologie

- 1 Poumon des Oiseleurs

radio pulmonaire plus tests immunologiques

- 1 Abcès des parties molles

- 1 Trypanosomiase

Immunofluorescence

2 - DANS LA RUBRIQUE "HEMOPATHIES ET CANCERS"

- 8 Aplasies médullaires

Grâce au myélogramme. Prédisposant aux infections par le déficit immunitaire qu'elle entraîne, l'aplasie médullaire méritait d'être individualisée, malgré la variabilité des germes en cause et de la topographie des atteintes.

- 8 Maladies de BRILL-SYMMERS

Déjà évoqué à propos des sarcomes ganglionnaires, le diagnostic du lymphosarcome modulaire ne sera pas repris ici.

- 7 Néoplasmes prostatiques

Parfois suspecté dès le toucher rectal, le néoplasme de la prostate est parfois plus difficile à affirmer. Certes, une augmentation des phosphatases acides et tartrate-labiles (mais à vingt quatre heures au moins d'un toucher rectal) sera parfois noté, mais dans le doute, une biopsie prostatique pourra toujours être réalisée.

- 7 Néoplasmes thyroïdiens

Grâce à la présence d'un nodule froid à la scintigraphie thyroïdienne.

- 6 Maladies de BIERMER

Son diagnostic, suffisamment orienté par l'hémogramme et le myélogramme, restera pour plus de précision d'un domaine hématologique particulier, sortant du cadre de notre étude à visée de dépistage. Les dosages vitaminiques ne seront pas abordés ici, non plus que le chimisme gastrique.

- 5 Néoplasmes vésiculaires

Déjà évoqués à propos des lithiases vésiculaires.

- 5 Néoplasmes utérins

Plus que les néoplasmes du col, il semble que ce soit surtout ceux du corps utérin qui puissent se révéler par une fièvre prolongée.

- 5 Néoplasmes retro-péritonéaux

Dans ce cadre, on retrouve spécialement des cancers de la cortico-surrénale, des rhabdomyosarcomes. Rarement affirmés grâce à une urographie intraveineuse, parfois par l'artériographie, ils seront précisés à l'intervention.

- 4 Néoplasmes du cerveau

Electro-encéphalogramme, scintigraphie cérébrale, artériographie.

- 3 Néoplasmes vésicaux

Urographie intra-veineuse et cystoscopie.

- 3 Néoplasmes O.R.L.

- 3 Maladies de Waldenström

L'électrophorèse, l'immuno-électrophorèse (montrant une augmentation des IgM) associé au myélogramme (infiltration lympho-réticulaire), permettront le diagnostic. On considère actuellement cette affection comme une forme particulière de leucose lymphoïde.

- 2 Leucémies lymphoïdes

A ce propos, il faut relever que l'absence de fièvre est presque constante en dehors des complications (infections par hypoglobulinémie).

Le diagnostic, suspecté devant une hyperleucocytose avec lymphocytose sera confirmé par le myélogramme et l'électrophorèse.

Il faut cependant noter sur le plan clinique la présence fréquente d'adénopathies et de splénomégalie (3/4 des cas), plus rarement d'une hépatomégalie (un cas sur deux environ). Parfois, cependant, seule la lymphographie pourra apporter la solution.

- 2 Sarcomes de Rate

Cette affection est en fait à considérer comme un hémato-sarcome banal, à condition de concevoir la rate comme un "gros ganglion". Certes la splénomégalie très dure, parfois bosselée, pourra être banale; la numération formule sanguine est peu concluante, et c'est le splénogramme qui permettra presque toujours le diagnostic.

- 2 Mélanoblastomes

Ce diagnostic semble appeler peu de commentaires, sinon l'évocation du problème : tumeur initiale ou métastases responsables de la fièvre ?

- 2 Néoplasmes Oesophagiens

Reconnus par le transit oesogastrique, et confirmés par l'endoscopie avec biopsie.

- 1 Myelofibrose

Myélogramme plus biopsie médullaire.

- 1 Anémie hémolytique

3 - DANS LA RUBRIQUE CONCERNANT LES "COLLAGENOSSES"

- 2 Sclérodermies

Rarement révélée par une fièvre prolongée, cette affection ne pourra guère être diagnostiquée que par l'examen histologique : biopsie de peau, de muscles, à répéter éventuellement. Le problème se complique quand on a affaire à une sclérodermie viscérale pure.

C'est la sémiologie de diverses atteintes organiques qui met sur la voie du diagnostic confirmé par la présence de la sclérose viscérale au niveau des organes atteints et par les stigmates biologiques... à condition qu'on leur fasse confiance.

4 - ENFIN, UN NOMBRE ASSEZ IMPORTANT D'AFFECTIONS DIVERSES

- 9 Fièvres à l'Etiocholanolone

(voir : fièvre périodique).

- 8 Granulomatoses hépatiques

La preuve en sera histologique, par ponction-biopsie du foie, mais laissant plus de 20% des cas sans diagnostic spécifique.

- 8 Porphyrries

Les auteurs citant des cas de porphyries dans leur série de fièvres prolongées n'ayant donné aucune précision quant à l'affection qu'ils signalent sous ce terme, aucune remarque ne sera faite dans ce paragraphe. En effet, aucune des affections entrant dans le groupe de ces anomalies métaboliques ne peut classiquement s'exprimer par une fièvre prolongée.

- 8 Péricardites

Les critères radiologiques et électrocardiographiques seront une aide importante. Le diagnostic étiologique se révèle en règle générale plus ardu et souvent ne pourra être établi.

- 7 Pleurésies

Pour le cas où une trop faible quantité de liquide ne permettrait pas une ponction pleurale aisée, une biopsie pleurale sera avantageusement pratiquée à condition qu'une lame de liquide suffisante la rende possible.

- 6 Maladies de Whipple

Grâce aux biopsies du grêle.

- 6 Artériopathies des membres inférieurs

Regroupant certes les artériopathies athéroscléreuses banales, ce cadre diagnostique se signale en fait par quelques rares cas de maladie de TAKAYASHU. Dans les deux cas, la fièvre entre dans le cadre des fièvres de "thrombose".

- 5 Fibromes utérins

Dans un cas très particulier, celui de la nécrobiose aseptique, l'intervention fera généralement le diagnostic sans attendre une évolution subaigüe plus prolongée.

- 5 Fièvres Toxiques

Elles ont déjà été évoquées au niveau des fièvres médicamenteuses, posant en gros les mêmes problèmes de dépistage par l'interrogatoire.

- 4 Maladies de Weber-Christian

(ou panniculite nodulaire fébrile à rechutes).

La présence de splénomégalie, d'adénopathies, de nodules cutanées, n'est pas rare. L'évolution se fait par poussées. Le diagnostic sera fait par la biopsie cutanée au niveau des nodules.

A signaler qu'il existe une forme viscérale pure, dite panniculite mésentérique.

- 4 Pancréatites

De diagnostic différentiel difficile avec le néoplasme pancréatique, le problème a déjà été évoqué à ce propos.

- 4 Endométrioses

Coelioscopie avec prélèvements anatomopathologiques.

- 4 Infarctus mésentériques

- 3 Maladies de Wissler-Fanconi

En principe observé chez l'enfant, ce syndrome caractérisé par de la fièvre, un érythème, des arthralgies, une splénomégalie, une poly-adénopathie, une anémie avec leucocytose et polynucléose, peut parfois se révéler après l'âge de quinze ans par un tableau de fièvre prolongée. Les cas de l'adulte sont de diagnostic particulièrement malaisé, et on y parvient par élimination d'où l'intérêt d'une stratégie diagnostique précise.

- 3 Purpuras rhumatoïdes

Nous citerons seulement ce purpura anhémo-pathique, afin de signaler le problème du diagnostic différentiel avec le lupus et le rhumatisme articulaire aigu.

- 3 Pseudo-Kystes du Pancréas

- 2 Tumeurs bénignes bronchiques

Diagnostiquées par bronchoscopie avec biopsie.

- 1 Ulcère gastrique perforé

- 1 Syndrome de Wegener

(critère histologique) par infection polymicrobienne.

- 1 Syndrome de Dressler

(clinique plus électrocardiogramme plus radio pulmonaire)

- 1 Fibro-élastose de l'Endocarde

- 1 Hemorragie méningée

- 1 Ostéonécrose post-traumatique

III - LA DEMARCHE DE RECHERCHE HABITUELLE

Déjà depuis le début du siècle nombreuses sont les publications relatives au diagnostic des fièvres prolongées, et l'établissement de ce diagnostic repose apparemment sur un plan stéréotypé.

Se succèdent les phases classiques de toute recherche diagnostique que nous allons passer rapidement en revue :

a) l'interrogatoire (qui est dit long, minutieux, clair...) recherche les antécédents du malade, les circonstances d'installation de la température, les manifestations fonctionnelles présentes.

Toutes ces données sont recueillies et notées.

b) l'examen clinique fait suite à cet interrogatoire, avec ses qualificatifs habituels : précis, complet et méthodique...

Il se déroule (du moins est-ce conseillé) selon l'une des deux modalités classiques :

- de la tête aux pieds
- ou appareil par appareil.

Dès lors, on ne manque généralement pas d'établir jour après jour une courbe de température de laquelle on tire des orientations diagnostiques (fièvres ondulantes, intermittentes, continues, récurrentes, etc.....) et de rechercher l'existence de frissons.

c) A ce stade, les examens paracliniques sont systématiquement demandées et les plus souvent retrouvés dans la littérature sont :

- vitesse de sédimentation, numération et formule sanguine, cuti-réaction tuberculinique, radiographie pulmonaire, hémocultures, urocultures, séro-diagnostic de la typhoïde et de la brucellose, recherches de bacilles de Koch, électrophorèse, coprocultures et parasitologie des selles, radiographies d'abdomen sans préparation, cellules LE, antistreptolysines.

A cette liste, s'ajoutent bien sûr, les examens demandé à l'entrée pour chaque malade sans préjuger de ses motifs d'hospitalisation (électrocardiogramme, ionogramme, albuminurie, glycosurie....)

Ces examens ne voient d'autres épreuves les rejoindre qu'en cas de signes d'appel, semblant orienter vers un organe ou une affection précise.

Si le diagnostic n'est pas établi par ces examens (dont on peut espérer n'oublier aucun, vu leur petit nombre), le moment est venu de se poser sérieusement la question :

Où en sommes-nous de notre recherche ?

Comment s'orienter ?

On peut faire entrer en ligne de compte l'âge, le type de la courbe thermique, la valeur de la négativité même de certains examens déjà réalisés (?) , voire une assez vague notion de la fréquence relative des malades

Qui ne penserait pas à une hémopathie maligne ou à une septicémie avant d'envisager une possible tuberculose ? (à ce propos voir tableaux).

De nouveau, une batterie d'examens est mise en route, et en cas de nouvel échec le malade est soumis à une lymphographie, ou à une laparotomie, quand ce n'est pas un traitement d'épreuve qui est choisi

Tout au long de la démarche, le départ se fait de postulats.

L'erreur n'est pas d'en partir, car tout le monde part de postulats, qu'il en ait conscience ou non, qu'il l'avoue ou non.

Le crime, c'est que la valeur de ces postulats n'ait pas été vérifiée d'une manière ou d'une autre; sans appeler "fondement" d'une manière hypocrite ce qui n'est qu'une justification.

IV - LES ECUEILS RELEVES A PROPOS DE CETTE DEMARCHE

D'après la démarche diagnostique esquissée ci-dessus et si l'on recherche les facteurs possibles contribuant aux erreurs de diagnostic, on retrouve le terrain favorable à leur éclosion à tous les niveaux :

a) L'INTERROGATOIRE peut être pris en défaut, oubliant de poser une question qui pourrait aiguiller.

Ce facteur, qui serait fondamental dans beaucoup de problèmes, semble ici d'importance un peu plus restreinte étant donné le petit nombre des signes évocateurs. Au contraire, on peut se demander si parfois une orientation malencontreuse n'est pas choisie devant un signe dû à la fièvre et non à la maladie; nous y reviendrons.

b) L'EXAMEN CLINIQUE peut être incomplet, mais ceci est somme toute assez rarement la cause d'erreur de diagnostic; à la fois parce que le plus souvent il est assez systématiquement réalisé et parce que peu nombreux sont les signes à la fois importants pour le diagnostic et suffisamment discrets pour échapper à l'attention.

c) AU STADE DES EXAMENS PARACLINIQUES, ce sont surtout des erreurs par omission qui ont lieu :

- soit défaut d'obtention de tests de base à l'admission du malade.

- soit défaut de poursuite des examens selon des procédures prévues et établies d'avance.

d) A TOUT MOMENT prennent place des erreurs que l'on pourrait qualifier de jugement :

- prise en considération d'un symptôme induisant en erreur, car dû à une simple concomitance de faits sans relation avec la cause de la fièvre,

- défaut de prise en considération d'un symptôme pourtant retrouvé à l'examen ou à l'interrogatoire,

- fréquemment aussi, défaut de prise en considération d'un résultat paraclinique anormal, ou à l'inverse fausse tranquillité due à un résultat normal (en radiologie surtout)

- enfin, point de vue faussé par des préjugés (par exemple, accepter un diagnostic antérieur pour expliquer les symptômes actuels).

e) IL NE FAUT PAS ENFIN OUBLIER QU'UN DEFAUT :

- d'étude rétrospective d'une longue histoire médicale,

- ou de répétition des examens cliniques ou paracliniques antérieurement normaux,

est souvent une erreur difficilement réparable.

Cette courte synthèse des facteurs d'erreurs de diagnostic indique un certain défaut dans la méthode de recherche.

Les erreurs ne sont en effet pas tant dûes à un manque de connaissance qu'à certaines déficiences d'approche ou de jugement.

C'est à ce propos que nous nous sommes efforcés d'élaborer une méthodologie, espérant éviter au maximum ces écueils.

CHAPITRE II

"La chance n'est que la forme
laïque du miracle."

Paul GUTH

- PROPOSITION D'UNE METHODE D'ETUDE SYSTEMATISEE

I - ETABLISSEMENT D'UN PROTOCOLE : METHODOLOGIE

Proposer une nouvelle méthode de recherche, dans un esprit de prospective, est une démarche toujours sujette à caution.

En effet, des difficultés prennent place à tous les niveaux:

Tout d'abord, celui du postulat de base qui est discutable car basé sur l'idée qu'une méthode systématisée de recherche est capable d'apporter une aide au diagnostic, et par là même un progrès.

Or, ceci ne devient possible qu'en élaborant ce protocole à partir de données numériques précises. Celles-ci, comme nous l'avons déjà évoqué, nous ont posé quelques problèmes étant donné le peu de renseignements contenu dans les publications consultées.

De même, le choix des examens paracliniques est issu à la fois de ces études statistiques et de la connaissance de leur valeur respective dans chaque affection considérée.

Or, une fluctuation peut s'opérer au niveau de la forme "fébrile pure" de la maladie. Par exemple, on s'aperçoit à l'évidence de la différence de difficulté diagnostique de la maladie de HODGKIN, fonction de la présence ou de l'absence d'adénopathie superficielle ponctionnable.

La plus grande réserve est donc de mise dans l'interprétation de nos choix.

Cependant, ils ont été remaniés, complétés, grâce à l'étude personnelle de notre série de fièvres prolongées. Nous espérons ainsi leur conférer une valeur tirée d'une honnête vérification.

C'est là, le deuxième niveau de difficultés.

Reste enfin l'interprétation de ce que nous livrons à la critique. En effet, une telle proposition de protocole est purement expérimentale. Loin d'un esprit dogmatique, qui serait à juste titre critiquable, nous nous contenterons de proposer un schéma spécialement adapté aux fièvres véritablement isolées.

Ce schéma n'exclue pas le "flair"; au contraire, il doit permettre au médecin, libéré du souci d'oublier un point capital, de consacrer sa réflexion à suivre une piste intéressante.

A l'opposé, devant une fièvre réellement "nue", il demeure bien le seul recours.

SUR LE PLAN PRATIQUE DE L'ETABLISSEMENT DU PROTOCOLE

Le premier point qui a retenu notre attention est celui des critères relatifs aux maladies :

En effet, schématiquement, la fièvre prolongée peut relever de trois catégories d'affections :

- Infections et parasitoses
- Maladies de système "inflammatoires"
- Hémopathies et cancers

Bien qu'il soit commode de se référer à ce cadre en explorant simultanément toutes les éventualités, il faut se garder de cette tentation.

De fait, pour couvrir toutes ces hypothèses, on serait amené à faire une collection excessive d'examens.

Il faut donc les hiérarchiser en fonction de la fréquence d'une part, de la sanction thérapeutique d'autre part.

Le deuxième point intéressant à considérer est celui des critères relatifs aux moyens d'investigation.

Tout d'abord la praticabilité (temps nécessaire, facilité de réalisation, impératifs techniques, désagrément pour le patient.)

Puis, la valeur exacte des examens, en distinguant :

- la certitude, l'orientation simple, l'absence de valeur, enfin le double emploi avec un examen déjà réalisé.

En définitive, ce protocole viserait à ne pas compter sur la chance pour aboutir à un diagnostic, et à savoir sur quoi se baser, c'est à dire connaître les fréquences respectives de chaque maladie, résister à la tentation de certains diagnostics de facilité auxquels peut inviter une biologie imprécise ou une méconnaissance de la valeur exacte des examens complémentaires.

II - LE PROTOCOLE ELABORE

Notre proposition de protocole comprend trois phases que nous allons tenter d'expliciter successivement :

-
- Interrogatoire
 - Examen clinique
 - Choix d'examens paracliniques
-

A - L'INTERROGATOIRE

On peut assigner, pour le cas qui nous intéresse, deux objectifs à l'interrogatoire :

1°) L'orientation diagnostique :

L'analyse des troubles rapportés par le malade permet le plus souvent de les traduire en "symptômes" et de trouver ainsi leur signification en s'aidant ou non d'examens complémentaires.

2°) Un bilan général :

- soit parce que cette revue des différents systèmes peut éclairer un diagnostic encore hésitant.
- soit parce qu'aucun signe d'orientation n'existant au départ, un bilan systématique s'impose.

On se heurte certes à la multiplicité et la diversité des questions à poser, ce qui risque d'être fort long, souvent inutile, et enfin de se faire aux dépens d'une écoute plus attentive du malade, ou d'une analyse plus poussée du problème qu'il pose.

Le mode d'interrogatoire qui nous a semblé le plus adapté est celui de l'auto-questionnaire, méthode permettant de résoudre ces difficultés.

Elle consiste à demander au sujet de répondre sans l'intermédiaire d'un médecin à un questionnaire pré-établi, avec plusieurs impératifs techniques :

- choix des questions utiles à poser, de façon à cerner, le mieux possible, les problèmes de la population médicale considérée.
- formulation des questions en termes aisément compréhensibles sans ambiguïté, ayant un effet de remémoration des faits oubliés.
- enfin, acceptabilité par une présentation claire et une durée limitée (maximum 30 minutes).

Ce questionnaire, développé in extenso dans les pages suivantes, sera utilement suivi d'un entretien individuel, permettant la reprise de points peu clairs dans les réponses, et de nouvelles questions motivées par les réponses à cet auto-questionnaire.

Enfin, et ce n'est pas son moindre intérêt, il permettra de faire naître entre malade et médecin une confiance et un esprit de sympathie.

P O U R Q U O I C E Q U E S T I O N N A I R E ?

Vous êtes consultant ou hospitalisé pour de la fièvre, et pour vous donner le meilleur traitement, il est très important d'en trouver la cause précise.

Pour la première étape de cette recherche, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire, si vous le désirez.

Nous insistons sur trois points :

1°) Il a pour but de vous poser toutes les questions utiles en vous dérangeant le moins longtemps possible.

2°) Il ne remplacera pas du tout la consultation médicale, mais la précèdera seulement.

3°) Il sera, comme ce que vous nous direz de vive voix, du domaine du secret médical.

N O M :

Nom de Jeune Fille :

Prénom :

Sexe :

Adresse complète :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Poids : - actuel :
 - maximum que vous ayez pesé :

Taille :

Date de la consultation ou de l'hospitalisation :

Nom et adresse du médecin traitant :

Profession actuelle :

Avez-vous fait un ou plusieurs voyages en dehors de l'Europe ?

- Non, jamais
- Oui, il y a moins de deux ans
- Oui, il y a plus de deux ans

Dans quels pays êtes-vous allé ?

PAYS :

DATES :

Avez-vous déjà eu l'une des maladies suivantes ?

- Tuberculose
- Rhumatisme articulaire aigu
(rhumatisme de l'enfance)
- Infarctus du myocarde
- Phlébite
- Calculs dans les reins
- Calculs dans la vésicule
- Ulcère (à l'estomac ou au duodénum)
- Amibes
- Paludisme
- Maladie des bronches ou des poumons
- Souffle au coeur
- Angines

Etes-vous actuellement en traitement pour une ou plusieurs maladies ?

- NON
- OUI
- Si OUI, Lesquelles ?

Avez-vous déjà été opéré ? (même appendicite)

- NON
- OUI

QUELLE OPERATION :

DATE :

Avez-vous eu une autre maladie sérieuse en dehors de celles déjà citées ?

- NON

- OUI

- MALADIES :

DATES APPROXIMATIVES :

Avez-vous déjà été vacciné contre la typhoïde ?

- NON

- OUI

Avez-vous déjà été vacciné par le B.C.G. ?

- NON

- OUI (il y a plus de 4 ans)

- OUI (il y a moins de 4 ans)

Votre cuti a-t-elle été déjà trouvée positive ?
(virage de cuti)

- NON

- OUI

- QUAND ?

Prenez-vous habituellement des médicaments ?

- NON

- OUI

- LESQUELS ?

En avez-vous pris récemment pour cette fièvre ?

- NON
- OUI
- LESQUELS ?

(si vous avez conservé les ordonnances, pourriez-vous nous les procurer ?)

Est-ce que ces derniers six mois vous avez eu des piqûres intramusculaires, intraveineuses ou sous-cutanées ?

- NON
- OUI

Dans votre entourage (famille, amis, collègues de travail) quelqu'un a-t-il eu, dans les derniers six mois, l'une des maladies suivantes ?

- Tuberculose
- Amibes
- Typhoïde
- Brucellose (fièvre de Malte)
- Hépatite virale (jaunisse)
- Douve du foie

Depuis quand approximativement avez-vous de la fièvre ?

A-t-elle débuté brutalement ?

- OUI
- NON

Aviez-vous d'autres ennuis au moment où a commencé votre fièvre ?

- NON
- OUI
- LESQUELS ?

Est-ce la première fois dans votre vie que vous avez de la fièvre qui dure plus de 15 Jours ?

- NON
- OUI
- SI OUI, Il y a combien de temps ?

Depuis le début de cette fièvre, avez-vous eu l'un des ennuis suivants ?

- Eruption sur la peau
- Apparition de "glandes" (ganglions)
- Amaigrissement
 - moins de 5 Kgs
 - plus de 5 Kgs
- Douleurs dans les articulations
- Gonflement des articulations
- Frissons -(tremblements)
- Problèmes de digestion ou intestinaux
- Problèmes urinaires

Avez-vous eu d'autres ennuis ?

- Si OUI, LESQUELS ?

R E S E R V E A U X F E M M E S

Si vous n'êtes pas encore ménopausée :

Avez-vous fait une fausse couche récemment ?

- NON
- OUI
- QUAND ?

Avez-vous des pertes blanches?

- OUI
- NON

Saignez-vous entre vos règles ?

- OUI
- NON

Avez-vous des ennuis gynécologiques d'un autre ordre ?

- NON
- OUI
- LESQUELS ?

Prenez-vous la pilule ?

- OUI
- NON

Portez-vous un stérilet ?

- OUI
- NON

Si vous êtes ménopausée :

A Quand remontent vos dernières règles ?

Avez-vous des saignements ?

- OUI
- NON

Avez-vous des pertes blanches ?

- OUI
- NON

Souffrez-vous de douleurs du bas-ventre ?

- OUI
- NON

AU TERME DE L'INTERROGATOIRE, RESTE A FAIRE L'ANALYSE DES SIGNES RETROUVES.

En effet, nombreux sont les signes d'accompagnement de la fièvre non significatifs.

Qu'il s'agisse tout d'abord de :

- . Douleurs diverses (céphalées, dorsalgies d'origine musculaire, myalgies),
- . Asthénie,
- . Soif, (par déshydratation)
- . Sueurs, (perte de chaleur prévisible, par évaporation)
- . Rougeur cutanée, (perte de chaleur également prévisible par convection)
- . Perte de poids discrète, (par accélération des processus métaboliques)
- . Frissons, (bien expliqués par l'auto-régulation lors du déplacement du point de référence : "set point")
- . Herpès labial (très répandu dans les affections fébriles sans préjuger de leur étiologie).

Qu'il s'agisse du retentissement d'une fièvre importante :

- à partir de 39°C, les malades éprouvent souvent malaises, somnolence, faiblesse, douleurs généralisées.
- à partir de 41°C, troubles psychiques et convulsions.

Par ailleurs, le type de fièvre est de peu de valeur (JANBON, SHEON) quand on s'aperçoit qu'aucune courbe n'est pathognomonique et que chaque étiologie peut se traduire par de nombreux types de tracés.

Par contre, d'autres signes peuvent orienter :

- . baisse massive d'état général (amaigrissement de plus de 5 Kgs)
- . douleurs osseuses,
- . polyarthralgie,
- . hématurie,
- etc....
- etc....

Face à un signe d'interrogatoire retrouvé, le problème est dès lors changé, ne se posant plus en terme de fièvre prolongée dite "isolée", mais en celui de polyarthralgie fébrile, hématurie fébrile, etc....

B - L'EXAMEN CLINIQUE

D'innombrables feuilles du type "check-lists" et de nombreux types d'examens cliniques ont été proposés pour enregistrer les résultats des examens physiques.

La nécessité d'une amélioration de l'enregistrement des données de cet examen s'explique par :

1°) L'utilisation efficace du temps, excluant une rédaction littéraire.

2°) Le développement d'un examen complet et d'un rapport systématisé (sans aucun oubli dû au manque de méthode ou au manque de temps).

3°) découlant de cela la fiabilité et l'aspect pratique, par la clarté et la précision des données éventuellement à exploiter.

Enfin, ce type de "check-list" :

- est utilisable pour le développement d'une base uniforme de référence, permettant des analyses statistiques.
- peut être facilement modifié ou corrigé.

Dans cet optique une proposition d'examen clinique systématisé est développée dans les pages suivantes.

EXAMEN CLINIQUE

Date :

N O M :

PRENOM :

Taille :

Poids :

Sexe :

Pour remplir la fiche, utiliser les notations :

/ (signe non recherché)

+ (signe présent)

O (signe absent)

et une description précise pour les autres cas.

I - TETE ET COU

Oeil : rougeur
ictère conjonctival
réactivité pupillaire.

Langue

Gencives et joues

Dents

Parotides

Amygdales

-si angine : prélèvement de gorge

Douleur à la pression des régions sinusiennes
frontales
maxillaires

Raideur de la nuque

Artères temporales : indurées
douloureuses
perception du pouls

Thyroïde

Tympan

Auscultation des carotides

Surdité : D

G

II - ADENOPATHIES

=====

a - TOPOGRAPHIE

	<u>Sous</u> <u>Maxillaire</u>	<u>Jugulo</u> <u>Carotidienne</u>	<u>Occipitale</u>
DROITE			
GAUCHE			

	<u>Sus-clavi-</u> <u>culaire</u>	<u>Axillaire</u>	<u>Epitrochléenne</u>	<u>Inguinale</u>
DROITE				
GAUCHE				

b - ASPECT

- . Volume
- . Consistance
- . Adhérences

III - THORAX

=====

- . Palpation pulmonaire
- . Percussion pulmonaire
- . Auscultation pulmonaire
- . Auscultation cardiaque :
 - rythme
 - souffle systolique
 - souffle diastolique
 - frottement péricardique
- . Seins

IV - ABDOMEN

- . Foie :
 - hauteur
 - consistance
 - surface
 - bord
 - douleur provoquée à la palpation
 - douleur provoquée à la percussion
 - souffle
- . Vésicule biliaire :
 - douleur (Murphy)
 - perception
- . Rate :
 - hauteur
 - consistance
 - douleur provoquée
- . Auscultation
- . Masse abdominale palpée :
 - épigastrique
 - hypocondre droit
 - hypocondre gauche
 - péri-ombilicale
 - hypogastrique
 - iliaque droite
 - iliaque gauche
- . T.R. :
 - masse anormale
 - douleur
 - prostate
 - sang au doigtier

V - APPAREIL LOCOMOTEUR

- . Colonne cervicale :
 - mobilité
 - douleur à la mobilisation
 - douleur à la pression des épineuses

- . Colonne dorsale :
 - raideur
 - contracture para-vertébrale
 - douleur à la pression des épineuses

- . Colonne lombaire :
 - raideur
 - contracture para-vertébrale
 - douleur à la pression des épineuses

- . Articulations périphériques

- . Réflexes :
 - bicipitaux
 - rotuliens
 - achilléens
 - cutanés plantaires

- . Muscles

- . Pouls périphériques

- . Etat veineux :
 - varices
 - phlébite superficielle
 - ulcère variqueux
 - douleur pression du mollet
 - signe de Homans

- . Signe de Lasègue

VI - APPAREIL GENITO URINAIRE
 =====

. Fosse lombaire :

- Droite

- Gauche

Masse	Douleur

. Testicules

. Epididymes

. T.V. :

- masse anormale
- douleur
- sang au doigtier

. Percussion de l'hypogastre
 (Globe vésical ?)

. Aspect des urines fraîches :

- claires
- troubles
- hémorragiques

VII - PEAU
 =====

- . Infection cutanée
- . Eruption du visage
- . Purpura
- . Ictère
- . Pâleur
- . Oedème
- . Eczéma
- . Urticaire
- . Troubles trophiques
- . Tumeur cutanée
- . Angiomes stellaires

VIII - AUTRES CONSTATATIONS
=====

IX - COMPORTEMENT
=====

X - FAIRE PRENDRE LA TEMPERATURE DU MALADE EN VOTRE
===== PRESENCE.
=====

- . La noter ici avec l'heure correspondante.

Si cette température est inférieure à :

37°5 dans la matinée

ou 37°9 dans l'après-midi

- . La faire reprendre une nouvelle fois en votre présence, une demi-heure après et la noter ici :

- . Si celle-ci est toujours normale, recommencer une demi-heure après :

Nom de l'examineur :

AU TERME DE CET EXAMEN CLINIQUE ON S'APERÇOIT AISEMENT QUE
DEUX GRANDES CATEGORIES SE DESSINENT :

- La fièvre isolée vraie, pour laquelle l'examen n'apporte effectivement aucune piste, tout en considérant bien que cet examen peut ne pas rester indéfiniment négatif justifiant une répétition ultérieure du même schéma complet.

- La fièvre faussement isolée, qui de même qu'au niveau de l'interrogatoire change du tout au tout le problème, le restreignant par exemple à celui d'une polyadénopathie fébrile, d'une splénomégalie fébrile, d'une masse lombaire fébrile.. etc.

Nous évoquerons tout cela de nouveau ultérieurement, spécialement lors de la discussion du choix des examens paracliniques.

Contentons-nous simplement de préciser dès maintenant que les examens paracliniques choisis et exposés dans les pages qui vont suivre s'appliquent à une fièvre isolée. De fait, la présence d'un signe objectif, servant en quelque sorte de "poteau indicateur" rend ce protocole caduc.

Paradoxalement, et ceci reste notre espoir, un interrogatoire et un examen clinique bien systématisés doivent encore faire diminuer le nombre de patients candidats à la poursuite d'un tel protocole.

C - LES EXAMENS PARACLINIQUES

Le choix des examens paracliniques, tant biologiques que radiologiques et anatomo-pathologiques, est le point le plus sujet à litige.

Voulant nous détacher, autant que possible, de toutes idées subjectives dans ce choix, seuls trois critères ont été retenus :

-
- valeur de l'examen, en tant qu'orientation ou certitude,
 - tranche de fréquence des affections rencontrées, et ceci jouera sur la chronologie des examens,
 - praticabilité des examens : du simple au complexe, de l'économique au coûteux, de l'innocent au dangereux.
-

L'écran diagnostique (screening-test) fut élaboré, en tenant compte de ces critères, reprenant chaque affection causale et pour chacune d'entre-elles les différents examens pouvant mener au diagnostic.

Les examens complémentaires choisis permettent d'établir deux listes de demandes : l'une de base, dont la totalité des composants peut être réalisée en une semaine environ; l'autre complémentaire qui sera demandée en seconde intention si la liste de base n'a pas déjà donné la solution ou au moins orienté vers elle.

EXAMENS COMPLEMENTAIRESLISTE DE BASEa) Clichés radiologiques :

- crâne : face (front-nez et nez-menton) et profil.
- Panoramique dentaire.
- Thorax : face et deux profils.
- Abdomen sans préparation et Urographie intra-veineuse.
- Eventuellement, cette dernière serait suivie, si elle est normale d'une cholécystographie orale (puis d'une cholangiographie intraveineuse en cas de nécessité.)

b) Examens bactériologiques :

- Cytobactériologie urinaire avec compte de germes et recherche de Bacilles de KOCH (BK) trois jours de suite.
- 7 à 10 hémocultures.
- Recherche de BK dans les crachats (ou par tubage) trois jours de suite.

c) Examens sanguins :

- Vitesse de sédimentation.
- Numération formule.
- Electrophorèse.
- Séro-diagnostic de l'Amibiase.
- Séro-diagnostic de la Brucellose.
- Séro-diagnostic de la Typhoïde.
- Cellules LE.
- Anticorps antinucléaires et anti-ADN.
- Bilan hépatique standard (prothrombine, bilirubine, transaminases, phosphatases alcalines, L.D.H., Gamma G.T.)
- Alpha foeto-protéine.

d) Divers :

- IDR à la tuberculine à dix unités.
- Myélogramme.
- Compte d'Addis.
- Fond d'oeil.
- Avis spécialisés stomatologique et otorhino-laryngologique.
- Electrocardiogramme.

EXAMENS COMPLEMENTAIRESLISTE DE DEUXIEME INTENTIONa) Clichés radiologiques :

- lavement baryté,
- puis radio d'estomac,
- enfin transit du grêle.

b) Examens histologiques :

- Biopsie d'artère temporale (après 50 ans).
- Biopsie cutanée et musculaire.
- Ponction biopsie hépatique.

c) Examens sanguins :

- Goutte épaisse à la recherche d'hématozoaire (si contexte évocateur).
- Immunoélectrophorèse.
- Séro-diagnostics :
 - . Mononucléose infectieuse.
 - . Toxoplasmose
 - . Paludisme
 - . Distomatose
 - . Griffes du chat
 - . Hydatidose
 - . Leptospiroses
 - . Rickettsioses
 - . Kala-azar
- Anticorps antistreptococciques
- Anticorps antistaphylococciques
- Antigène Australia
- Réactions de Latex et Waaler-Rose
- Hormones thyroïdiennes et anticorps anti-thyroïdiens.
- Sérologie syphilitique.

d) Divers :

- Intradermo-réaction à la mélitine.
- Ponction lombaire (au moindre signe d'orientation).
- Electro-encéphalogramme (au moindre signe d'orientation).
- Scintigraphie hépatique ou Echotomographie du foie.

Ces deux listes d'examens paracliniques recouvrent la totalité du champ des étiologies rencontrées, comme on peut s'en apercevoir en reprenant chacune d'entre elles séparément.

La plupart procurent d'ailleurs un nombre de renseignements insoupçonné. Nous n'en voulons pour preuve que deux exemples :

- Sur les radios du crâne et le panoramique dentaire, on pourra déceler la présence d'une tumeur sinusienne ou éthmoïdale, une sinusite chronique, des aspects évocateurs de myélome osseux ou de métastases, des foyers infectieux dentaires

- L'urographie intraveineuse pourra montrer une empreinte prostatique ou utérine, une vessie rétentionnelle, un aspect de néoplasme de vessie ou des images évocatrices de tuberculose rénale, néoplasme du rein, phlegmon péri-néphrétique, cancer rétro-péritonéal

Aux termes de ces deux listes, quelques remarques s'imposent :

a) Elles ne s'appliquent par définition qu'à des fièvres véritablement isolées, devenant bien entendu caduques si un élément nouveau permet un diagnostic direct : par exemple, une adénopathie ponctionnable qui fait sa preuve histologique.

b) La somme de ces examens devra bien souvent tenir compte de l'état physique du patient, parfois affaibli par une longue maladie fébrile, souvent âgé. Dans tous les cas, la liste de base ne doit jamais poser de problèmes pratiques de réalisation. De même, le clinicien ne se sent-il pas motivé de la même façon devant un homme de trente ans qui maigrit.... et un vieillard en bon état général.

c) Enfin, il ne faut pas oublier qu'au terme de la liste de base, et donc après environ une semaine d'hospitalisation, des symptômes cliniques nouveaux peuvent être apparus, nécessitant une reprise de l'interrogatoire et de l'examen physique, avant de déclencher la liste de deuxième intention.

D - VUE SYNTHETIQUE

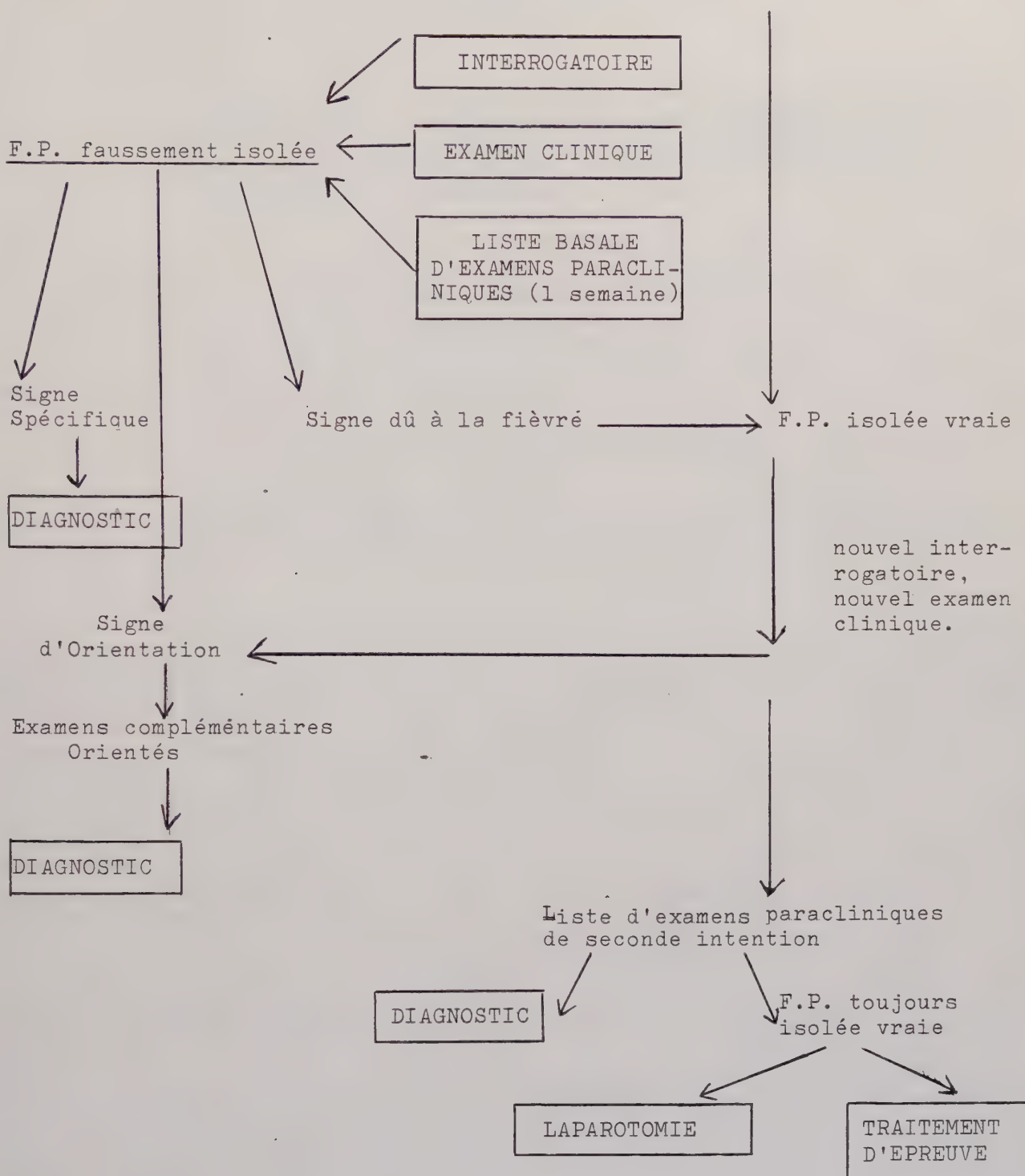
Tout ceci nous amène, avec un peu de recul, à une vue synthétique du protocole (Tableau IV).

On peut ainsi discerner une première phase (interrogatoire, examen clinique, examen paraclinique de base) suivie d'une seconde (nouvel interrogatoire, nouvel examen clinique, examens paracliniques de deuxième intention).

Ce n'est que devant l'échec de ce protocole que la discussion se fera entre la lymphographie, la laparoscopie, la laparotomie et les traitements d'épreuve.

Nous aborderons ces problèmes particuliers dans les pages qui suivent.

F I E V R E P R O L O N G E E (F.P.)



E - PROBLEMES PARTICULIERS

Avant de clore ce chapitre, nous avons choisi d'évoquer un certain nombre d'examens paracliniques qui retiennent l'attention par leur originalité, par leur valeur toute particulière, ou encore par les problèmes d'indication qu'ils peuvent poser. Il s'agit :

- du test au nitrobleu de Tetrazolium
- de la ponction-biopsie hépatique
- de la laparoscopie
- de l'échographie abdominale
- de la lymphographie
- et de la laparotomie exploratrice

Enfin, le problème des traitements d'épreuve sera abordé.

LE TEST AU NITROBLEU DE TETRAZOLIUM (NBT)

Proposé par ses auteurs (PARF, FIKRIG et SHITWICK en 1968) comme un test destiné à faciliter le diagnostic rapide d'une infection, le NBT a retenu notre attention en tant que possible examen d'orientation.

Ce test est basé sur le fait que, au cours des processus de phagocytose, se produisent des phénomènes d'oxydo-réduction dans les polynucléaires. La transformation (par le peroxyde d'hydrogène formé) du NBT en formazan serait donc un témoin des réactions biochimiques de la phagocytose.

De réalisation pratique et rapide (deux heures environ), le NBT a suscité un vif intérêt, laissant espérer une distinction possible entre les fièvres d'origine infectieuse (NBT supérieur à 12%) et non infectieuse.

D'après les études ultérieures, il s'est avéré que :

1°) des précautions sont indispensables : aucune administration antérieure ou en cours de corticoïdes, d'antibiotiques, et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

2°) certains états pathologiques tels que le diabète et les hémopathies réduisent les possibilités d'oxydo-réduction des polynucléaires et faussent le résultat du test dans le sens de la négativation.

3°) statistiquement (LEGENDRE et Coll.) il s'avère qu'un test au NBT négatif à 95 chances sur 100 de correspondre à l'absence d'infection bactérienne ou mycosique. A l'inverse, le test positif n'est pas un marqueur spécifique de ces types d'infection. Les perturbations en excès demeurent nombreuses et souvent inexpliquées.

4°) Les tests les plus positifs ont toujours correspondu à des affections bactériennes généralisées avec hémoculture positive. En tout état de cause, ils ne dispensent pas des prélèvements bactériologiques pour établir un traitement correct après avoir précisé l'étiologie.

La physiopathologie nous permet-elle d'éclairer le pluralisme des causes de fièvre et éventuellement de situer ce test au NBT ?

La plupart des auteurs sont actuellement d'accord pour admettre que certaines cellules du système Réticulo-Endothélial réagissent à l'action de pyrétogènes exogènes en libérant une substance appelée "pyrétogène endogène". Cette substance transportée par le sang agit sur les neurones de l'hypothalamus antérieur qui règlent alors la température interne de l'organisme à un niveau plus élevé.

Des pyrétogènes peuvent également être produits directement par certains tissus de l'organisme fonctionnant anormalement. On peut ainsi réunir :

1°) Les pyrétogènes exogènes :

- bacilles gram négatifs surtout
- bacilles gram positifs
- virus, levures, mycobactéries
- protéines hétérologues, libérant une substance intermédiaire : la lymphokine; (maladies allergiques).
- stéroïdes (en particulier étiocholanolone).

2°) Les pyrétogènes endogènes

soit d'une façon directe lors de :

- processus inflammatoires
- processus nécrotiques

soit conséquence de la pyrétogénèse exogène dans les processus infectieux.

Quant au mécanisme intime de la pyrétogénèse endogène, il a bien été étudié in vitro, avec des staphylocoques tués (ATKINS ET BODEL) :

- Dans un premier temps, les polynucléaires neutrophiles sont activés par la phagocytose elle-même : accroissement de la glycolyse et de la respiration, lyse des granulations avec libération d'enzymes hydrolytiques.

On ne connaît pas la relation existant entre ces modifications et l'induction de la production de pyrétogènes endogènes mais on sait cependant que la quantité de pyrétogène produite est d'autant plus importante que la lyse des granulations est plus marquée.

- Dans un second temps, les polynucléaires synthétisent des protéines sans activité pyrétique, (qui correspondent soit à des précurseurs, soit à des enzymes activateurs) puis des molécules à activité pyrétique qui sont libérées dans le milieu environnant.

De tels pyrétogènes endogènes ont été détectés dans des abcès, des tumeurs, du liquide synovial chez des arthritiques et dans le sang au cours d'accès fébriles du paludisme; ceci permet de mettre en cause les mêmes phénomènes que dans l'infection bactérienne.

A l'opposé, le mécanisme est essentiellement différent dans les hyperthermies dites "passives" où le phénomène échappe aux mécanismes de régulation thermique : coup de chaleur, lésions diencephaliques, thyrotoxicose, phéochromocytome.. etc...

Devant ces résultats, il semble que les variations des réactions d'oxydo-réduction puissent être considérées comme le reflet du mécanisme physiopathologique de l'hyperthermie "active" plutôt que comme la cause de celle-ci.

En définitive, il semble que la physiopathologie des hyperthermies (même si elle n'est encore que partiellement connue) infirmerait plutôt la valeur du test au NBT en tant qu'examen d'orientation étiologique. Quoiqu'il en soit, en dehors même de ce point précis, d'autres réserves subsistent :

- la positivité du test (qui est donc sujette à caution) ne dispense en aucune façon des prélèvements biologiques... qui ont de toute façon été déjà réalisés. Les plus grands pourcentages étant retrouvés dans les infections bactériennes généralisées, on ne voit guère l'intérêt du NBT, les hémocultures étant généralement positives.

- l'administration préalable de corticoïdes, d'antibiotiques, ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens rend le NBT caduc.... Or, c'est dans ces cas où le diagnostic étiologique est difficile qu'une orientation serait une aide notable.

- la présence d'une hémopathie négative souvent le test, et le problème reste entier quant à l'association à cette éventuelle hémopathie d'une infection bactérienne favorisée par le déficit immunitaire.

- - - - -

Pour toutes ces raisons, nous avons cru bon de ne pas inclure le NBT dans notre proposition de protocole.

- - - - -

LA PONCTION BIOPSIE HEPATIQUE (PBH)

Parmi les méthodes d'exploration des fièvres prolongées, nous avons tenu à individualiser la ponction-biopsie du foie. Compte tenu de la fréquence des affections proprement hépatiques, mais aussi des maladies générales à localisation hépatique, cet examen nous est apparu comme fondamental. Ceci au point de le faire entrer en tant qu'examen systématique dans notre liste de deuxième intention.

Nous nous sommes intéressés particulièrement à la biopsie trans-pariétale, réservant la biopsie sous contrôle de la vue aux indications explicitées plus loin, dans le paragraphe concernant la laparoscopie. (CONN).

Sans revenir sur la technique nous ne ferons que souligner la bénignité d'un tel examen qui, bien réalisé, ne présente que d'exceptionnelles complications hémorragiques (vérification préalable de la coagulation). Quoiqu'il en soit une surveillance clinique s'impose dans les 24 à 48 heures suivant l'examen (palpation abdominale, pouls et tension artérielle).

Plusieurs sortes d'indications sont à considérer :

1°) suspicion de maladie hépatique localisée, le kyste hydatique ayant été éliminé par la sérologie, une cholostase importante ayant fait récuser l'examen, une suspicion suffisante de néoplasme hépatique ayant incité à la laparoscopie.

2°) suspicion de maladie générale à localisation hépatique.

3°) présence de brides post-opératoires rendant une laparoscopie impossible.

Les diagnostics découverts par PBH sont extrêmement divers, recouvrant :

a) La tuberculose, certainement la plus fréquente de toutes les étiologies révélées au cours des fièvres prolongées. Le diagnostic est probable si le parenchyme renferme des granulomes épithélio-giganto-cellulaires; il est certain si ces granulomes contiennent de la nécrose caséuse ou des bacilles de KOCH.

Lorsque la biopsie ne permet pas de conclure formellement, on tient le plus grand compte du contexte clinique, du terrain; on s'efforce d'écarter les autres causes de granulomatose hépatique.

b) La maladie de HODGKIN.

Il semble que le foie serait par la fréquence le second organe, après la rate, à être atteint par le processus Hodgkiniens. Quand on sait la difficulté du diagnostic en l'absence d'adénopathie ponctionnable, il semblerait dommage de se priver dans un tel contexte de la PBH (CAMILLERI)

c) La Sarcoidose

Dans une statistique portant sur Quatre cents cas, citée par MERILLON, la positivité de la PBH s'échelonne entre 68 et 90 %, suivant la présence ou non d'une hépatomégalie.

d) D'autres "granulomatoses" pourront être affirmées grâce à cet examen (CAROLI, LUBCKE) :

- Bilharziose
- Lèpre lépromateuse (cellules de type VIRCHOW)
- Hématosarcomes non Hodgkiniens
- Brucellose
- Mycoses diverses

mais 20 à 25% des cas ne pouvant être rattachés à une étiologie précise.

e) Il est important de connaître aussi l'existence d'hépatites réactionnelles aspécifiques (infiltration lympho-plasmocytaire avec polynucléaires parfois au niveau des espaces portes) au cours d'affections infectieuses bactériennes en évolution, qu'elles soient généralisées (septicémiques) ou même localisées.

f) bien entendu les cirrhoses, en complément du bilan hépatique biologique.

Au terme de ce rappel, on conçoit toute la valeur d'un tel examen qui prend une place primordiale dans le diagnostic de :

- Tuberculoses (305 cas sur 3143 colligés)
- Maladies de HODGKIN (109 cas)
- Hématosarcomes non Hodgkiniens (69 cas)
- Sarcoïdoses (10 cas)
- Granulomatoses hépatiques non spécifiques (8 cas).

une place potentielle dans nombre d'autres affections. (MAISONGROSSE, ROBINEAU).

LA LAPAROSCOPIE

Examen bien connu, nous rappellerons simplement

Ses contre-indications en cas de :

- Syndrome hémorragique
- Insuffisance cardio-respiratoire importante
- Infection péritonéale aigüe
- Présence d'une cicatrice abdominale sus-ombilicale.
(contre indication relative)

Sur champ de vision directe :

- Face supérieure et bord antérieur du foie
- vésicule biliaire
- ligament rond
- rate
- épiploon et anses intestinales
- péritoine
- face antérieure de l'estomac.

Elle permet une ponction biopsie hépatique dirigée

Ses indications seront surtout l'association à la fièvre de :

- ictère
- ascite
- hépatomégalie
- masse abdominale palpable

(CAROLI, EFFERSOE, GERACI, LENZI, RICHARD).

En dehors de l'existence de l'un quelconque de ces signes, les statistiques ont montré qu'elle avait bien peu de chance d'aboutir à un progrès dans le diagnostic.

Cet examen ne saurait donc prendre place d'emblée dans notre proposition, le problème qui se pose à nous, à ce stade, étant celui d'une fièvre isolée.

L'ECHOGRAPHIE ULTRASONORE

Devenue en quelques années un examen essentiel du diagnostic des tumeurs intra-abdominales, l'échographie reconnaît les principaux organes abdominaux (intestins exceptés), que ceux-ci soient hypertrophiques ou atrophiques. Elle décèle aisément les processus tumoraux présents dans ces organes, et permet le plus souvent de trancher en faveur du caractère solide ou liquide de la tumeur, à partir d'une séméiologie maintenant bien définie.

Bien entendu, si nécessaire, les moyens classiques du diagnostic doivent être mis en oeuvre dans l'intention de confirmer des résultats ou pour lever un doute.

Les avantages de cette méthode sont au demeurant nombreux :

- aucune préparation particulière des patients.
- applicable même aux plus grands grabataires.
- examen de type régional qui permet, à la différence de la radiographie classique, de poursuivre l'examen immédiatement vers d'autres organes abdominaux ou rétropéritonéaux.

Il faut cependant remarquer qu'après pneumopéritoine l'examen devient plus difficile et parfois même impossible. Du point de vue pratique, le médecin doit donc prescrire l'échographie avant la laparoscopie.

L'échographie permet ainsi de découvrir (CHARBONNIER)

1°) le siège d'une tumeur :

- dans l'hypocondre droit (foie? vésicule ? rein ?)
- dans l'hypocondre gauche (rate ? rein ? pancréas?)
- dans les autres portions de l'abdomen (anévrismes de l'aorte, masses ganglionnaires prévertébrales, pseudo-kystes du pancréas, kystes ovariens, fibromyomes utérins..)

2°) le caractère solide ou liquide de la tumeur. Ce diagnostic ne présage bien entendu aucunement ni de l'anatomopathologie bénigne ou maligne, ni de la nature primitive ou secondaire.

Au total, dans la main de médecins expérimentés suffisamment proches des cliniciens, elle procure des informations importantes, voire décisives. Et ceci sans aucun danger ni désagrément pour le patient.

Cet examen entre bien dans le cadre d'un protocole graduel, utilisant en premier les procédés les moins agressifs et les moins onéreux. Il convient en effet de ne pas multiplier les examens et d'arrêter toutes les explorations dès que le diagnostic est atteint, sans rechercher une "confirmation". La logique de cette manière de faire se fonde sur le fait bien connu qu'aucun des procédés actuels ne peut être considéré comme une méthode de référence, puisque chacun est assorti d'un lot d'erreurs inévitables (faux négatifs et faux positifs).

Une étude comparative a, dans ce sens, été pratiquée par CHARBONNIER et collègues. Ces auteurs concluent que dans le cas où le couple examen clinique - échographie (précédé d'une radiographie sans préparation de l'abdomen et, éventuellement, d'une urographie) n'est pas suffisant, on en viendra alors aux examens radiographiques ou endoscopiques, plus agressifs et dispendieux.

La comparaison effectuée entre échographie et scintigraphie hépatique permet en outre aux auteurs sus-cités d'affirmer la supériorité indiscutable du premier examen sur le second, si l'on tient compte du rapport qualité-prix, et une valeur diagnostique de même ordre.

Pour toutes raisons, on peut raisonnablement penser que l'échographie soit amenée dans les années à venir à détrôner la scintigraphie hépato-splénique.

LA LYMPHOGRAPHIE

Bien connue dans son principe, l'exploration des ganglions profonds, la lymphographie l'est moins quant à ses limites et ses inconvénients. C'est sur ces deux points que nous insisterons, afin d'essayer de placer cet examen à sa juste place dans l'exploration des fièvres prolongées (DOMART, MARCHAL, PASSA, SCHATZ).

Tout d'abord, elle n'explore que les chaînes rétropéritonéales pelvi-lombo-aortiques, sans opacifier les ganglions coeliaques et mésentériques (soit $1/3$ des ganglions de l'organisme).

De plus, elle ne peut objectiver que les lésions histologiques suffisamment importantes, supérieures à 5 mm.

Elle a l'inconvénient de modifier l'architecture des ganglions injectés par le produit de contraste, mais sans en perturber la cytologie fine; par ailleurs elle ne compromet pas l'histologie, qui pourra toujours être pratiquée sur des ganglions intra-abdominaux. Au total, ce problème reste minime, voire faussement posé.

Ses complications propres et imprévisibles restent rares si l'on tient compte des contre-indications et de ses dangers en cas de blocage lymphatique et de compression médiastinale: embolie graisseuse pulmonaire (JENN).

En dépit de quelques inconvénients, la lymphographie présente donc des avantages certains et son indication devrait se discuter, en tenant compte de deux situations différentes :

1°) réalisée chez un malade fébrile et porteur d'adénopathies dont la nature n'a pu être précisée, deux cas peuvent se présenter :

- Lymphographie normale : la laparotomie s'impose.
- Lymphographie anormale : elle peut être décisive en montrant des images caractéristiques ou mener à la laparotomie pour biopsie.

2°) réalisée chez un malade où rien n'oriente vers une lymphopathie profonde, elle ne doit être réalisée qu'après élimination des autres causes, et de toute façon, vu les réserves émises plus haut, il paraît préférable d'envisager d'emblée une exploration chirurgicale si l'état physique du patient le permet.

LAPAROTOMIE

Au terme d'une recherche clinique, lorsque l'on a épuisé toutes les possibilités biologiques, radiologiques, histologiques, que la fièvre persiste, faut-il envisager une laparotomie exploratrice ?

Il existe des arguments en sa faveur :

- 70% de succès diagnostiques en moyenne (BAKER, BISMUTH, GERACI, GREEN).

- mortalité à peu près nulle.

et des arguments contraires :

- morbidité d'environ 15% sur de longues séries

- 20% de laparotomies "blanches" chez des malades fébriles qui guérissent spontanément par la suite.

- découverte de maladies dont la cause aurait pu être retrouvée sans utiliser l'exploration chirurgicale.

Tout ceci amène un certain nombre de considérations :

1°) La laparotomie ne devrait être effectuée qu'après avoir dûment vérifié la négativité de toutes les recherches étiologiques, et de plus après un certain délai.

Le plus difficile est sans doute d'apprécier la fin de la période d'observation et d'examen, sans être trop hâtif ou au contraire trop long à tergiverser.

Il semble qu'un délai d'un mois et demi à deux mois après le début de la maladie, correspondant au délai requis pour la culture des BK et l'inoculation des cobayes puisse être retenu.

En effet, ceci présente le double avantage :

- d'éliminer quasi formellement une tuberculose "ouverte",

- de permettre à des manifestations cliniques de se révéler secondairement.

Toutes circonstances remettant en cause le bien fondé de la laparotomie.

2°) La laparotomie doit être guidée par l'anamnèse et les données de l'examen; dans ce cas, les signes qui orientent vers l'abdomen assurent une probabilité suffisante pour décider de l'intervention : (HOWARD)

- masse abdominale
- ascite
- radio anormale (tous types)
- splénomégalie
- scintigraphie hépatique anormale
- hépatomégalie
- symptômes abdominaux persistants (douleurs, troubles du transit)
- bilan biologique hépatique discordant.

En leur absence, le bénéfice que l'on peut penser retirer d'une laparotomie devient beaucoup plus aléatoire.

Au total, les résultats retrouvés sont, selon les séries d'auteurs :

- | | |
|-----------------------------|-----------|
| - infections | 20 à 35 % |
| - néoplasies et hémopathies | 10 à 30 % |
| - affections diverses | 10 à 28 % |

(cf. Tableau V)

En reprenant par le détail les étiologies ainsi retrouvées, une question vient à l'esprit :

Vu la fréquence respective des maladies retrouvées par laparotomie exploratrice (orientée par des signes abdominaux, comme non orientée), peut-on en déduire un intérêt des traitements d'épreuve ?

Si l'on s'en réfère aux séries publiées, la réponse est absolument négative, car en tête se retrouvent :

- les lymphopathies profondes (Hodgkin et sarcomes ganglionnaires)
- les infections non spécifiques de localisations les plus variées.
- puis la tuberculose, assez loin derrière, qu'elle soit péritonéale surtout, ou plus rarement intestinale ou hépatique.
- enfin des cancers profonds.

Par contre, il est possible à partir des étiologies retrouvées, de bâtir un schéma biopsique, qui doit comprendre pour être complet :

- appendicectomie (de système)
- un fragment hépatique pour analyse histologique
- un fragment de rate pour histologie et bactériologie ainsi qu'une aspiration pour cytologie (splénectomie ?)
- plusieurs ganglions pour : histologie, culture, et cytologie par apposition sur lame.
- un fragment de mésentère pour histologie et culture
- de la graisse rétropéritonéale pour histologie
- une biopsie musculaire
- une ponction des voies biliaires avec examen bactériologique du contenu et cholangiographie.

Au prix de ces biopsies systématiques et d'un examen complet de la cavité, sans oublier le petit bassin et si possible la région rétro-péritonéale, la laparotomie peut rester un examen très important en fin de parcours, levant le doute diagnostique auquel se trouve confronté le clinicien.

LAPAROTOMIE DANS LES FIEVRES INEXPLIQUEES SUIVANT LES
AUTEURS ET PRINCIPAUX RESULTATS.

AUTEURS	Année de Parution	Nombre de cas de fièvres	Nombre de Laparotomie	Nombre de Laparo- tomies dirigées	Nombre de Laparo- tomies positives	Nombre de Laparo- tomies négatives	Laparotomies in- certaines	Nombre de cancers	Nombre de causes infectieuses	Autres Etiologies	% de Laparotomies positives	% de diagnostic par Laparotomies sur l'ensemble des malades
PETERSDORF	1961	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15%
GERACI	1959	-	70	40	56	14	14	21	15	6	80%	-
SHEON	1963	60	30	8	8	22	0	-	-	-	27%	13,3%
KELLER	1965	-	46	-	38	8	0	19	14	5	82%	-
EFFERSOE	1968	494	-	-	10	-	-	6	4	-	-	2%
BAKER	1969	-	28	11	16	12	0	3	6	7	57%	-
BEN-SHOSHAN	1971	-	23	-	16	7	0	6	5	5	69%	-
BARR	1972	-	-	-	14	-	-	6	4	4	-	-
HOWARD	1972	-	-	-	11	-	-	5	3	3	-	30%
BUY	1972	303	11	9	11	0	0	5	5	0	100%	4%
RAULT	1973	225	16	-	15	1	0	11	3	1	92%	6,6%
LAMOTTE	1974	50	4	3	4	0	-	1	2	-	100%	6%

(-) : renseignement non retrouvé dans la publication citée ou ininter-
prétable.

TRAITEMENTS D'EPREUVE

La prescription d'un traitement antibiotique d'essai aux malades qui présentent des états fébriles inexpliqués est de pratique courante.

De temps à autre, sans doute, ce barrage peut atteindre son but, mais en général, un traitement à l'aveugle fait plus de mal que de bien. Signalons parmi ces inconvénients la toxicité de la drogue, la surinfection due aux bactéries pathogènes résistantes, et l'obstacle dressé sur la voie d'un éventuel diagnostic obtenu par les méthodes de culture.

Au surplus, la coïncidence toujours possible d'une défervescence thermique spontanée risque d'être mal interprétée : on y verra une réaction au traitement, et l'on conclura à la présence d'une maladie infectieuse.

Si l'on recourt à des traitements d'essai, ceux-ci doivent être aussi spécifiques que possible.

Par exemple : l'INH ou l'éthambutol pour la tuberculose, la déhydroémétine pour l'amibiase hépatique.

De même, la cortisone et l'ACTH ne sont pas spécifiques.

Au total, les essais thérapeutiques sont parfois couronnés de succès, mais trop souvent obscurcissent le diagnostic. A moins que la maladie du patient semble présenter un risque vital immédiat, il vaut mieux poursuivre les investigations.

Ceci d'autant plus que les seules affections à traitement d'épreuve absolument spécifique (tuberculose et amibiase) ne présentent qu'une fréquence mineure parmi les causes retrouvées à la laparotomie exploratrice pratiquée en l'absence de signes d'orientation clinique ou biologique.

Bien sûr, le clinicien se verra parfois la main forcée par la gravité du tableau clinique, spécialement chez un vieillard déclinant rapidement. Il est hors de doute que dans ces cas un traitement est, et doit être institué. Le plus souvent, il consiste en une antibiothérapie associée à des corticoïdes. Mais, peut-on encore parler de "traitement d'épreuve"?

CHAPITRE III

"C'est qu'il n'est pas de tentation plus grande que celle de décider souverainement dans les matières incertaines."

P. VALERY

- EVALUATION DU PROTOCOLE

1 - NOS SOURCES sont issues de 3 services de médecine interne :

- Hôpital Bellevue à Saint-Etienne (42)
(Professeur RIFFAT)
- Hôpital Jules Courmont à Pierre-Bénite (69)
(Professeur DESPIERRES)
- Hôpital des Charpennes à Villeurbanne (69)
(Professeur PASQUIER)

2 - LA METHODOLOGIE a suivi deux voies d'approche différentes :

- a posteriori, sur dossiers, visant à tester par "simulacre" le protocole sur des malades adressées au départ pour fièvre prolongée, et dont le diagnostic de sortie a abouti à une étiologie précise.

- en prospective, soumettant au protocole un certain nombre de malades hospitalisés pour fièvre au long cours.

A ce propos, plusieurs remarques s'imposent :

a) comme tout sondage, ce travail devait porter sur un échantillon suffisamment important pour que l'on puisse se fier à l'analyse du résultat, (par application de la loi des grandes séries), suffisamment restreint pour que les conditions pratiques ne soient pas prohibitrices.

b) le choix de l'échantillon se devait d'être le plus objectif possible, et guidé par le bon sens.

c) le dépouillement des résultats se devait de juger les facteurs objectifs et non pas subconscients.

PEUT-ON ARRIVER A UN DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

- plus souvent ?

C'est là le point capital à considérer. Notre protocole n'étant qu'un modèle expérimental, il est impossible de répondre pour l'instant à cette question. L'avenir pourra le dire, si les habitudes prises peuvent être "bousculées", et cet essai ne pas rester lettre morte.

- plus rapidement ?

C'est là le second point, déjà moins important, sauf pour les cas où l'évolution de l'affection causale met en péril l'état général du patient... et où cette affection est curable dans l'état actuel de nos ressources thérapeutiques.

- avec moins de désagréments pour le patient ?

En considérant que la répétition des examens biologiques, radiologiques et histologiques est souvent mal vécue par le malade... tant sur le plan de la fatigue qu'ils occasionnent que sur le plan psychologique.

Par ailleurs, que dire des examens non dépourvus de danger, et que l'on pourrait ainsi éviter ?

- Enfin, sera-t-il possible de diminuer le prix de revient des "enquêtes étiologiques" ?

Ceci est certes un problème apparemment bien accessible dans la France de 1977, mais doit-il pour autant être négligé, dans le cadre de la politique d'économie de santé ?

- - - - -

Telles sont les questions que nous nous sommes posées, et auxquelles nous avons tenté de répondre grâce à l'évaluation pratique de ce protocole.

- - - - -

3 - ETUDE A POSTERIORI PAR "SIMULACRE" SUR DOSSIERS

Soixante cinq dossiers cliniques furent étudiés dans ce cadre, en excluant les cas de malades hospitalisés pour fièvre prolongée et pour lesquels aucun diagnostic n'avait été porté avec certitude ce qui empêchait à l'évidence toute estimation du protocole.

(Seize cas sur 81 dossiers consultés, soit 20%)

Ces soixante cinq Observations sont réparties comme suit :

a) - Quant au sexe :

- 36 hommes et 29 Femmes

b) - Quant à l'âge

Il s'échelonne entre 16 et 90 ans, avec :

- Onze cas , entre 16 et 30 ans,
- Vingt cinq cas , entre 31 et 60 ans,
- Vingt neuf cas , au dessus de 60 ans.

c) - Quant aux étiologies, nous retrouvons :

- . 7 Tuberculoses
- . 6 Brucelloses
- . 4 Infections urinaires
- . 2 Endocardites infectieuses lentes
- . 2 Maladies de Crohn
- . 2 Typhoïdes
- . 2 Lithiases biliaires
- . 2 L.E.D.
- . 2 Streptococcies
- . 2 Maladies de Horton
- . 2 Maladies de Hodgkin
- . 2 Néoplasmes coliques
- . 2 Abscès amibiens du foie
- . 1 Néo-bronchique
- . 1 Histiocytose maligne
- . 1 Pneumonie
- . 1 Leucémie aigüe myéloblastique
- . 1 Collection suppurée de la région ischio-rectale.
- . 1 Syndrome de Wissler-Fanconi
- . 1 Néo du foie
- . 1 Pseudo-polyarthrite rhizomélique
- . 1 Cirrhose
- . 1 Syphilis
- . 1 Triple infection (urinaire, intestinale et pulmonaire)
- . 1 Infarctus pulmonaire associé à un myélome
- . 1 Sarcoïdose
- . 1 Néoplasme du nez
- . 1 Sarcome ganglionnaire
- . 1 Lithiase rénale
- . 1 Hépatite virale anictérique
- . 1 Tumeur vilieuse recto-sigmoïdienne

- . 1 Leucose lymphoïde chronique
- . 1 Myosarcome du mésentère
- . 1 Fièvre de thrombose
- . 1 Léiomyome oesophagien dégénéré
- . 1 Myélome
- . 1 Toxoplasmose
- . 1 Allergie médicamenteuse
- . 1 cas de métastases cutanées d'un cancer d'origine indéterminée.

d) - Les résultats de la soumission de ces différents cas au protocole nous ont permis de vérifier l'existence ou non d'un gain de temps et d'un bénéfice financier, que l'on pourrait à priori espérer.

Gain de temps probable	18 cas sur 65	Observations : N° 12, 18, 21, 22, 25, 29, 32, 35, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 58, 59, 63.
Perte de temps probable	5 cas sur 65	Observations : N° 6, 19, 36, 50, 54.
Gain financier probable	28 cas sur 65	Observations : N° 1, 2, 7, 8, 9, 12, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 32, 35, 39, 41, 42, 44, 45, 50, 51, 53, 58, 59, 60, 63.
Perte financière probable	4 cas sur 65	Observations : N° 6, 19, 36, 54.
Aucun bénéfice de temps	42 cas sur 65	Observations : N° 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 49, 52, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 64, 65.
Aucun bénéfice financier	33 cas sur 65	Observations : N° 3, 4, 5, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 27, 28, 31, 33, 34, 37, 38, 40, 43, 46, 47, 48, 49, 52, 55, 56, 57, 61, 62, 64, 65.

Au vu de ces résultats, il faut cependant remarquer que en ce qui concerne le bénéfice de temps une nuance doit être apportée par le délai variable d'obtention des résultats biologiques et radiologiques. Aussi, n'a été prise en considération pour parler de bénéfice de temps que la date de l'examen clef du diagnostic et non celle du retour du résultat.

Dans le même souci de rigueur, seuls ont été considérés comme bénéficiaires les actes ou sommes d'actes dont les coefficients étaient supérieurs à K20, Z 20 ou B 120. Ceci en se basant sur la nomenclature générale des actes professionnels, arrêté modifié le 26 Novembre 1975.

En ce qui concerne les examens biologiques, arrêté du 12 Mai 1976.

A TITRE D'EXEMPLE, QUELQUES CHIFFRES MERITENT D'ETRE CITES :

Laparoscopie	: K 30
Ponction-biopsie hépatique	: K 10

(K Hospitalier = 5Fr30 en 1976)

- - - - -

Radiographie Pulmonaire Standard	: Z 12
Exploration thyroïdienne standard	: Z 40
Recherche d'Alpha-foeto-protéine parradio-immunologie	: Z 20

(Z Hospitalier = 5Fr20 en 1976)

- - - - -

Bilan d'Hémolyse	: B 175
Serologie Rickettsienne	: B 170
Serologie des virus neurotropes	: B 180
Electrophorèse sur papier	: B 70
Une hémoculture	: B 40
Sero-diagnostic de Wright	: B 40
Examen cyto-bactériologique des urines:	B 45
Parasitologie des selles	: B 70

(B Hospitalier = 0Fr77 en 1976)

En reprenant une à une les Observations, dont le détail est donné ci-après, un certain nombre d'examens pratiqués sans résultat (et qui n'entraient pas dans notre protocole) fut retrouvé.

Les recherches le plus souvent réalisées furent :

- les coprocultures (seize fois), les sérologies virales (seize fois), les prélèvements de gorge en l'absence d'angine (dix fois), la parasitologie des selles (neuf fois), la bactériologie banale des crachats (dix fois), la lymphocytotoxicité du sérum (quatre fois), les hémocultures au-dessus de dix par malade (vingt trois fois)....

Il reste qu'une étude a posteriori doit tenir compte des raisons ayant pu motiver les demandes d'examen :

- à titre de bilan général
- à cause de la concomitance d'une affection associée (diabète, hypertension artérielle...)
- à cause d'une "fausse piste" suivie à partir des doléances du malade.

A l'inverse, il semble bien qu'un peu plus de rigueur et qu'une connaissance meilleure des causes de fièvre prolongée devraient permettre de restreindre le nombre d'examens demandés.

RELATION DES OBSERVATIONSObs. N° 1, Monsieur F.... Benoît, 68 ans.

Chez ce malade sans antécédent notable, et qui ne présentait comme seule symptomatologie fonctionnelle qu'une pollakiurie nocturne, sans brûlure mictionnelle, le diagnostic a été établi en quatre jours, la cytot bactériologie urinaire montrant à l'évidence une infection urinaire à protéus (compte de germes 10 par ml.) L'examen clinique objectivait un adénome prostatique de moyen volume.

En ce qui concerne ce malade, le fait de le soumettre à un protocole de recherche n'aurait amené aucun avantage, sinon le fait d'économiser deux examens : les coprocultures (d'après nous inutiles), et un séro-diagnostic des rickettsioses demandé d'emblée.

Obs. N° 2, Madame D.... Simone, 27 ans.

Cette jeune malade, ne présentant dans ses antécédents qu'un rhumatisme articulaire aigu-onze ans auparavant, avait à l'entrée un examen clinique strictement normal. Les examens ayant abouti au diagnostic furent au nombre de deux : La cytot bactériologie urinaire montrant une infection banale à colibacilles, et le test de transformation lymphoblastique, qui montrait une différence significative avec le témoin pour l'extencilline. En fait, la responsabilité d'une allergie à l'extencilline avait déjà été apportée par la chute de la fièvre après remplacement de cet antibiotique par de l'erythromycine. Dans le cas de cette observation, l'étude du protocole n'aurait pas non plus apporté le diagnostic plus tôt, et un seul examen à notre avis superflu a été réalisé, à savoir la batterie des sérologies virales. Par contre, cette observation porte à remarquer que deux causes de fièvre peuvent très facilement coexister.

Obs. N° 3, Monsieur A.... Jean, 42 ans.

Cet homme porteur d'un rétrécissement mitral consécutif à un rhumatisme articulaire aigu de l'enfance (à l'âge de treize ans) et qui présentait dans ses antécédents une tuberculose pulmonaire de primo-infection à l'âge de sept ans avait un examen clinique négatif. Il signalait un amaigrissement de sept kilogs en trois semaines. Le diagnostic a été porté très rapidement au bout de trois jours, devant un Compte d'Addis perturbé, et surtout trois hémocultures sur sept positives au streptocoque. Il s'agissait donc bien d'une endocardite infectieuse.

Obs. N° 4, Monsieur P.... Roger, 41 ans.

Ce cultivateur sans antécédent pathologique particulier a vu la cause de sa fièvre découverte au quatrième jour d'hospitalisation, grâce à un séro-diagnostic de la brucellose positive au 1/160ème. Là aussi, la soumission au protocole n'aurait bien entendu apporté aucun bénéfice de temps. A signaler, avant de conclure sur ce cas, la survenue d'une rechute de fièvre de Malte prouvée bactériologiquement et sérologiquement cinq mois après ce premier accident.

Obs. N° 5, Monsieur H.... Jacob, 60 ans.

Cet homme en bon état général a vu la solution étiologique de ses ennuis apparaître au bout de seize jours de recherche. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été en effet prouvé par des aspects radiologiques évocateurs et la présence de B.K. dans les crachats dès l'examen direct. Un petit épanchement pleural a également fait rechercher le bacille de Koch dans le liquide pleural qui était légèrement puriforme, mais cette recherche s'est avérée négative. A signaler au niveau de la bactériologie des crachats, un ennui technique, les cultures ayant été envahi par du bacille pyocyanique; cet envahissement résultant probablement d'une contamination exogène. Sur le plan du bilan biologique, une curiosité a été la découverte de cellules LE, qui ont d'ailleurs transitoirement induit en erreur devant l'infiltrat de la base gauche pulmonaire. Les anticorps antinucléaires étaient positifs, de type mouchetés, et à faible taux. Les anticorps anti ADN étaient négatifs. En pratique, aucun avantage de temps ni d'économie d'examen n'aurait découlé de la soumission au protocole, ceci étant dû uniquement aux deux problèmes technique et biologique évoqués ci-dessus.

Obs. N° 6, Monsieur T.... Jean-Paul, 44 ans.

Chez cet homme, le diagnostic de toxoplasmose a été porté dès le quatrième jour devant la réponse d'un séro-diagnostic positif au 1/1600ème. L'examen clinique objectivant une adénopathie axillaire droite unique, une ponction ganglionnaire avait été pratiquée; elle s'est avérée négative. A signaler que le myélogramme était normal. C'est à ce propos que l'on peut remarquer le fait suivant : Il semble que la soumission à un protocole aurait fait perdre dans le cas particulier un certain nombre de jours avant le diagnostic, de même qu'elle aurait fait soumettre ce malade à différents examens, particulièrement radiologiques, avant d'entamer la liste de deuxième intention. La rectification de cette erreur aurait cependant sans nul doute été faite devant la présence de cette adénopathie axillaire et d'un syndrome mononucléosique à la numération formule. Cependant, nous pouvons dès maintenant le noter, il semble que le protocole soit d'autant moins intéressant que le malade présente un signe objectif orientateur.

Obs. N° 7, Monsieur G.... Jean, 65 ans.

Cet homme opéré de la vésicule dix ans auparavant, porteur d'un rétrécissement aortique ancien, présentait dans ses antécédents des épisodes de diarrhées (un an auparavant, durant quinze jours, avec tableau fébrile). Dans les jours précédant l'hospitalisation, il décrivait des douleurs abdominales vagues avec diarrhée et des douleurs articulaires sans gonflement. L'examen clinique était négatif, sinon le réveil de la douleur articulaire à la pression des genoux, des chevilles et des poignets.

Le diagnostic a été porté au bout de vingt trois jours d'hospitalisation, grâce à un transit du grêle montrant un aspect évocateur d'iléite de Crohn. Deux remarques s'imposent à propos de cette observation: la première, quant au fait que ce malade n'aurait guère pu tirer de bénéfice de la soumission à notre protocole, et que l'intuition du médecin devant ce tableau de diarrhée accompagnée de douleurs articulaires a été beaucoup plus "payante". Par contre, on peut noter que ce malade avant son transit du grêle avait subi une rectoscopie et une coloscopie malgré un lavement baryté normal. La deuxième relative à un test des rosettes rhumatoïdes trouvé positif, qui dérouta un moment, par suite de la méconnaissance apparente de sa non spécificité.

Obs. N° 8, Monsieur B.... Pierre, 55 ans.

Chez cet homme en bon état général, l'examen clinique objectivait un adénome prostatique, et des adénopathies inguinales fermes et indolores. Celles-ci, ponctionnées, n'ont révélées qu'une inflammation banale. Le diagnostic a été affirmé au bout de 12 Jours, la cyto-bactériologie urinaire isolant un colibacille et l'urographie intraveineuse montrant une lithiase rénale du pôle inférieur gauche.

Deux examens, d'après nous superflus, avaient été pratiqués chez cet homme : les coprocultures (isolant de rares colonies de colibacille), et les sérologies virales.

Obs. N° 9, Madame S.... Jeanne.

Cette femme de 41 ans, sans antécédent, ne présentait à l'interrogatoire que de vagues douleurs de la fosse iliaque droite. L'examen clinique était intégralement normal, et le diagnostic porté dès le sixième jour devant des transaminases élevées, et un antigène australia trouvé positif (examen demandé dès la réception des transaminases élevées).

Trois examens n'entrant pas dans notre protocole ont été pratiqués, d'ailleurs sans succès, à savoir : coproculture, parasitologie des selles, et prélèvement de gorge. Le diagnostic de sortie a été bien évidemment celui d'hépatite virale anictérique.

Obs. N° 10, Monsieur B.... René, 27 ans.

Ce malade, adressé pour hématurie macroscopique, et dont l'examen clinique était négatif, a vu la solution étiologique se faire jour rapidement (séro-diagnostic de typhoïde revenu positif au sixième jour d'hospitalisation). Deux examens sortant de notre protocole avaient là aussi été pratiqués, les coprocultures (négatives) et le prélèvement de gorge (également négatif). On peut noter a posteriori que le tableau clinique d'hématurie macroscopique pendant l'épisode infectieux, accompagné d'albuminurie, correspondait très probablement à une glomérulo-néphrite aiguë, type "Maladie de Berger".

Obs. N° 11, Monsieur R.... Marius, 68 ans.

L'observation de cet homme illustre à merveille l'utilité d'un nouvel examen clinique au bout de quelques jours d'hospitalisation. En effet, chez ce sujet en assez mauvais état général, l'examen clinique était entièrement normal à l'entrée. Après cinq jours d'hospitalisation, un nouvel examen clinique a permis de découvrir la présence de nodules durs, de topographie thoracique; dont la biopsie a permis le diagnostic : métastases de néoplasme excréto-biliaire, pancréatique ou bronchique. Ainsi, le diagnostic était établi dès réception de la réponse anatomo-pathologique, soit au dixième jour.

Le transit oeso-gastro-duodénal était normal, l'urographie également ainsi que la radio pulmonaire. Vu le mauvais état général, les investigations ne furent pas poussées plus loin, et le malade mis aux antimitotiques. Cette observation illustre également le fait que tout protocole d'étude doit tenir compte de l'âge et de l'état général du malade qui devra subir les examens prévus.

Obs. N° 12, Madame A.... Noëlle, 61 ans.

Chez cette personne qui présentait une vitesse de sédimentation élevée à 65 %, accompagnée d'une hyperleucocytose discrète, plusieurs erreurs semblent à relever. Tout d'abord, il faut signaler qu'un lavement baryté avait été pratiqué avant la cholecystographie, retardant la réalisation de celle-ci, sur la foi de vagues troubles du transit invoqués par la malade. Par ailleurs, un certain nombre d'examens sortant de notre protocole avait été réalisé inutilement : prélèvement de gorge, séro-diagnostic de candidose, antipneumolysines, dosage du complément sérique.

Cet exemple évoque à merveille le temps que peut faire perdre un manque de méthode. Le diagnostic fut finalement établi au bout de trois semaines d'hospitalisation : Il s'agissait d'une lithiase vésiculaire.

Obs. N° 13, Monsieur V.... Yves, 16 ans.

La relation de l'observation de ce jeune homme, débile mental, peut sembler quasi anecdotique ici, mais elle montre bien une des impossibilités techniques de notre protocole, au niveau du questionnaire. Le diagnostic, malgré l'absence d'aucun signe clinique objectif, fut rapidement réalisé (sept jours), grâce à un séro-diagnostic de typhoïde positif.

Obs. N° 14, Mademoiselle B.... Martine, 16 ans.

Cette jeune fille, amygdalectomisée à l'âge de deux ans, se plaignait de "maux de gorge" à répétition. L'examen clinique montrait la présence d'adénopathies sous maxillaire et cervicale, l'examen de gorge pratiqué par un stomatologiste, celle d'un moignon amygdalien. L'étiologie de cette fièvre était en fait apparemment double : moignon amygdalien infecté, et infection urinaire à colibacilles (cytobactériologie urinaire). En fait, il faut signaler que le prélèvement de gorge n'a montré qu'une flore banale variée, enlevant beaucoup de sa valeur à cet examen. En revoyant le dossier, il nous a cependant paru surprenant de trouver dans le bilan d'entrée une immunoélectrophorèse qui fut pratiquée d'emblée malgré son faible pouvoir discriminateur et son prix de revient élevé.

Obs. N° 15, Madame B.... Jeanne, 63 ans.

Cette personne en bon état général, ne présentant aucun amaigrissement, se plaignait uniquement d'une anorexie persistante. Le diagnostic retenu au bout de 17 jours d'hospitalisation fut celui de tuberculose pulmonaire. En effet, les radiographies (ultérieurement complétées par des tomographies pulmonaires) objectivèrent un infiltrat du lobe moyen droit. La cuti-réaction (non retenue dans notre protocole) était négative. Bien évidemment suivie d'une intradermo-réaction à dix unités (positivité simple). Devant l'aspect radiologique, et malgré l'absence de bacilles de Koch à l'examen direct des crachats, et au tubage gastrique, la malade fut soumise au traitement d'épreuve anti-tuberculeux.

Cette observation illustre parfaitement le fait que dès la découverte d'un symptôme clinique ou para-clinique objectif, le problème cesse d'être celui d'une fièvre prolongée. Dans le cas particulier, il devenait celui d'un infiltrat pulmonaire fébrile.

Obs. N° 16, Madame V.... Marie, 70 ans.

Cette femme sans antécédent et amaigrie se plaignait d'une grande fatigabilité des membres inférieurs et de douleurs des épaules et des cuisses. Devant une V.S. à 110 mm. et les radiographies n'évoquant pas un autre diagnostic, la malade fut soumise à une corticothérapie d'épreuve pour un diagnostic vraisemblable de pseudo-polyarthrite rhumatoïde. L'électromyogramme se révéla non concluant.

Obs. N° 17, Madame L.... Antoinette, 68 ans.

Cette femme sans antécédent, et chez qui l'examen clinique ne relevait qu'une splénomégalie, a vu le diagnostic de sa fièvre découvert dès le 13ème jour d'hospitalisation. En effet, le myélogramme montrait une plasmocytose à 25%, et l'électrophorèse un pic monoclonal dans les gammaglobulines. Le diagnostic de myélome a été confirmé par l'immuno-électrophorèse objectivant un pic des immunoglobulines G. A signaler la normalité des radiographies osseuses.

Obs. N° 18, Monsieur F.... Lucien, 66 ans.

Cet homme sans antécédent, sinon une bronchite chronique ancienne, offrait un examen clinique normal. Le diagnostic fut établi au bout seulement de six semaines. En effet, en plus de divers examens sanguins, ce malade subit un lavement baryté, une radiographie gastrique et une fibroscopie bronchique (sur la foi de ses antécédents bronchitiques) avant qu'on ne songe à demander les anticorps antinucléaires.

Ceux-ci furent trouvés positifs, de type homogène au 1/320ème, avec présence d'anticorps anti DNA. Malgré l'âge, le diagnostic de lupus érythémateux disséminé fut retenu. Parmi les examens non retenus dans nos deux listes, nous retrouvons ici des réactions de WEBER et les diverses sérologies virales.

Obs. N° 19, Monsieur F.... Christian

Cet homme de 50 ans ne présentait aucune symptomatologie fonctionnelle, en particulier digestive, sinon une petite diarrhée intermittente. Le diagnostic a été établi grâce à deux examens : lavement baryté suivi d'une coloscopie avec biopsie. Au bout de 17 Jours, le diagnostic porté fut celui de tumeur villositaire recto-sigmoïdienne. A noter, que nul bénéfice n'aurait été semble t'il fourni par le protocole. Au contraire, le hasard a permis d'économiser une cholangiographie intraveineuse et une scintigraphie hépatique. A l'opposé, nous retrouvons dans les examens pratiqués des réactions de WEBER, et une cuti-réaction (celle-ci a été suivie d'une intradermo-réaction à dix unités, devant sa positivité douteuse).

Obs. N° 20, Madame J.... Anne-Marie, 70 ans.

Cette femme, sans antécédent et d'examen clinique entièrement négatif, avait reçu des antibiotiques (pénicilline) durant 10 jours avant son hospitalisation. La numération formule du sang montrant une pancytopénie avec 36% de lymphocytes, et le myélogramme (moelle déshabillée avec tricholeucocytes) a permis de porter au bout de six jours le diagnostic de leucose lymphoïde chronique type tricholeucose. Aucune surinfection n'avait été découverte expliquant en soi la fièvre. Secondairement, le diagnostic fut confirmé par une biopsie médullaire. Succès de la corticothérapie.

Obs. N° 21, Madame H.... France, 30 ans.

Cette jeune femme, aux antécédents d'hépatite virale et de rickettsiose, s'est vue affligée au bout de 10 semaines du diagnostic de maladie de HODGKIN. L'examen clinique était entièrement normal, à l'exception d'un souffle systolique au foyer aortique. Les examens ayant abouti au diagnostic furent la lymphographie, suivie d'une laparotomie exploratrice. Notons que la numération formule et le myélogramme étaient normaux. Par contre, parmi les examens pratiqués sans résultat et ne figurant pas dans notre protocole, nous relevons les séro-diagnostic viraux et des mycoplasmes, ainsi que sept hémocultures réalisées en plus des dix déjà prévues dans nos listes. Enfin, cette jeune femme subit une laparoscopie sans aucun signe abdominal, et également sans résultat.

Le protocole aurait dans le cas particulier permis un bénéfice de temps, une économie de quelques examens, et aurait pu faire éviter une laparoscopie inutile.

Obs. N° 22, Madame M.... Angèle, 53 ans.

Cette malade se plaignant de céphalées, la suspicion de maladie de HORTON n'était pas venu à l'esprit, malgré une vitesse de sédimentation entre 80 mm. et 115 mm., associée à une élévation très nette des Alpha 2 globuline à l'électrophorèse. En effet, l'absence d'anomalie clinique des artères temporales avait fait réfuter à priori ce diagnostic. Ceci valut à cette malade onze semaines de recherche avant la solution étiologique par la biopsie d'artère temporale. Elle eut l'occasion au cours de ce séjour de subir une lymphographie, une biopsie médullaire, et enfin... un électro-encéphalogramme.

Obs. N° 23, Madame R.... Jeanne, 62 ans.

Cette dame qui aurait présenté, selon ses dires, une angine au départ de la fièvre, mais sans vérification par un médecin, a vu son affection décelée dès le huitième jour. En effet, après deux semaines d'évolution à domicile, le diagnostic fut porté rapidement devant des antistreptolysines à 1600 unités et des antistreptokinases à seize fois le taux normal. A noter que la numération formule montrait curieusement 9.200 globules blancs et 55% de polynucléaires neutrophiles. Les hémocultures revinrent stériles. Une demande surprenante reste celle d'hémocultures sur milieu de SABOURAUD. Cependant, aucun bénéfice n'aurait été apporté dans le cas particulier grâce au protocole.

Obs. N° 24, Mademoiselle A.... Véronique, 21 ans.

Cette jeune femme, bergère de son état, et qui ne se plaignait que de vagues douleurs du petit bassin, n'eut à patienter que six jours avant la découverte de son affection. Il s'agissait en effet d'une brucellose, diagnostiquée grâce à la sérologie positive au 1/80ème. On peut noter à ce propos la positivité faible d'un séro-diagnostic de leptospirose, demandé d'emblée. Ceci nous remettra en mémoire la possibilité de fausses orientations diagnostiques si l'on ne prête attention au taux significatif ou non des séro-diagnostic. Par ailleurs, cette jeune femme eut l'occasion de subir un fond d'oeil, des coprocultures, un prélèvement de gorge (négatif)... mais surtout une coelioscopie, devant ces vagues douleurs du petit bassin. Peut-être a-t-on péché ici par excès de précipitation ?

Obs. N° 25, Madame R.... Paulette, 26 ans.

Cette jeune personne présentant à l'entrée une éruption érythémateuse sur les deux bras, avait reçu de la pénicilline et du thiamphénicol. Le diagnostic fut porté à la troisième semaine d'hospitalisation devant un séro-diagnostic positif au 1/1600 ème pour rickettsia conori. Parmi les examens sortant de notre protocole, cette jeune femme avait subi les sérologies des divers virus et de l'ornithosepsittacose, des coprocultures et dix hémocultures supplémentaires en plus des dix déjà prévues dans nos listes. Un progrès de temps et de rentabilité aurait ici certainement été apporté par notre protocole.

Obs. N° 26, Madame A.... Jeanne, 43 ans.

Cette patiente hospitalisée après sept semaines de fièvre, traitée par ampicilline pendant dix jours, puis gentamycine huit jours (à domicile) vit la solution de ses malheurs arriver au huitième jour d'hospitalisation. En effet, l'examen clinique n'objectivait qu'une splénomégalie molle, mais le séro-diagnostic de brucellose, positif au 1/640ème, fit le diagnostic.

On peut cependant noter que les séro-diagnostic suivants avaient tous été demandés d'emblée : mononucléose infectieuse, toxoplasmose, griffes du chat, leptospiroses, rickettsioses; ainsi que l'immuno-électrophorèse. Une certaine hiérarchie des demandes d'examens aurait certainement apporté un bénéfice budgétaire notable à propos de cette malade, réflexion qui n'est pas dénuée d'intérêt pratique, même si cette considération financière peut sembler désagréable à première vue.

Obs. N° 27, Monsieur V.... Maurice.

Chez cet homme de 48 ans, sans antécédent, c'est grâce à l'examen clinique répété au neuvième jour d'hospitalisation que le diagnostic fut établi. En effet, l'ensemble des examens para-cliniques pratiqués pendant les huit premiers jours s'était révélé négatif, à l'exception de la confirmation d'un diabète sucré connu depuis 10 ans et d'une hyperleucocytose à 35.000 avec 93% de polynucléaires. A l'examen clinique fut donc retrouvé un abcès de fesse, qui n'était pas présent à l'évidence à l'entrée dans le service, et qui s'avéra être en fait, à l'intervention chirurgicale, le témoin externe d'une collection suppurée de la région ischio-rectale. Le germe en cause s'est révélé être un E. COLI. A noter que ce malade avait reçu avant son hospitalisation et sans succès un traitement par aminosides et céphalosporines.

Obs. N°28., Monsieur V.... Jean-Baptiste, 60 ans.

Devant un gros foie à trois travers de doigt, seul élément clinique anormal, une scintigraphie hépatique réalisée montra un gros foie inhomogène sans lacune visible. C'est grâce à la conjonction de cette scintigraphie avec le bilan biologique hépatique, la ponction biopsie de foie, et la laparoscopie que fut diagnostiquée une cirrhose. L'alpha-foeto-protéine était négative. Dix sept jours au total furent nécessaires pour ce diagnostic. Aucune complication de cette cirrhose ni aucune infection intercurrente ne purent être retrouvées.

Obs. N° 29, Madame N.... Marie-Rose, 68 ans.

Cette femme qui présentait dans ses antécédents un paludisme en 1918, une lithiase vésiculaire connue depuis fort longtemps et opérée un an auparavant présentait depuis environ sept mois une fièvre irrégulière rebelle aux divers antibiothérapies. L'examen clinique s'avérant négatif, l'ensemble des examens para-cliniques également, c'est sur la foi d'une cuti-réaction phlycténulaire que fut institué un traitement d'épreuve antibacillaire. Le succès de celui-ci donna la confirmation de l'origine tuberculose de cette fièvre. Il faut remarquer que parmi les examens para-cliniques furent pratiqués en plus de notre protocole, et sans succès, une échotomographie, une parasitologie des selles, une B.S.P., et une gastroscopie.

Obs. N° 30, Mademoiselle L.... Véronique, 24 ans.

Cette jeune personne souffrant depuis trois ans d'un asthme à déclenchement allergique se plaignait également d'accès cycliques de fièvre tous les mois environ entre 38° et 40° depuis deux ans et demi à trois ans. Cette fièvre s'accompagnait d'arthralgies sans aucun signe objectif. Malgré une étude clinique et para-clinique soigneuse, c'est sur l'impression clinique que fut retenu le diagnostic de syndrome de WISSLER-FANCONI. Furent pratiqués sans succès : la recherche d'anti-corps EBV (Epstein-Barr-virus), l'activité lymphocyto-toxique du sérum, le test de transformation lymphoblastique, la recherche de virus dans les urines, l'étiocholanolone urinaire, la sérologie des virus cytomégaliqes, et enfin un transit du grêle.

Obs. N° 31, Monsieur G.... André, 64 ans.

Cet homme dont deux ascendants présentaient une lithiase vésiculaire, et qui lui-même dans ses antécédents avait souffert d'asthme, d'une typhoïde, et d'une diphtérie avait reçu avant son admission des antibiotiques sans effet durable. L'hyperleucocytose à polynucléaires ainsi que la cholecystographie orale (vésicule exclue et cholédoque normal confirmé par la cholangiographie intraveineuse.) affirmèrent le diagnostic en six jours. Il s'agissait bien d'une lithiase biliaire. Furent pratiqués sans résultat : une clairance de la B.S.P. et une parasitologie des selles. Aucun bénéfice de temps n'aurait semble t-il été apporté par le protocole.

Obs. N° 32, Monsieur D.... Antoine, 70 ans.

Cet homme en bon état général, et qui avait présenté quinze ans auparavant une tuberculose pleuro-péritonéale et urogénitale ainsi que des coliques néphrétiques, se plaignait actuellement de quelques vagues douleurs abdominales prédominant dans l'hypocondre droit et l'épigastre. L'examen clinique objectivait un foie à 4 travers de doigts, et une rate à 1 travers de doigt. Il se trouve que le diagnostic ne fut affirmé qu'au bout d'un mois et demi d'hospitalisation, à la suite de plusieurs circonstances : laparoscopie évoquant la cirrhose, augmentation des phosphatases alcalines importante dissociée du taux de bilirubine, alpha 1 et alpha 2 globulines augmentées.. mais oubli de l'alpha-foeto-protéine., scintigraphie hépatique montrant un foie hétérogène, électromyogramme (???), traitement anti-tuberculeux d'épreuve (échec).

De fait, le diagnostic ne fut apporté que par la laparotomie exploratrice avec splénectomie, pour laquelle on avait longtemps hésité malgré les symptômes abdominaux. Cette exploration montra un hépatome avec métastase splénique, et fut suivie du décès post-opératoire. Cette observation amène à remarquer deux faits : Tout d'abord l'oubli de l'alpha-foeto-protéine, qui semble très surprenant, mais peut effectivement très bien se glisser dans la demande d'un bilan important et fractionné; d'autre part, le traitement anti-tuberculeux d'épreuve qui retarda d'autant le diagnostic, et qui fut choisi de préférence à la laparotomie malgré la présence de signes abdominaux.

Obs. N° 33, Monsieur B.... Jean, 71 ans.

Présentant des antécédents de nécrose myocardique neuf ans auparavant, cet homme se plaignait d'une fièvre depuis cinq mois accompagnée d'arthralgies sans signes objectifs. L'examen clinique objectivait une polyadénopathie superficielle dont la ponction ne ramena aucun aspect cytologique de malignité dans un aspect lymphocytaire. La biopsie ganglionnaire n'apporta pas plus d'élément. La radiologie pulmonaire objectivait un infiltrat du poumon droit associé à une scissurite, des adénopathies médiastinales. Les tomographies n'apportèrent pas beaucoup plus de précision. Il existait une hypergammaglobulinémie. Un examen d'après nous discutable dans son intérêt étant donné le contexte fut pratiqué : biopsie de moelle. Devant la lymphographie abdominale normale, le malade fut soumis au traitement d'épreuve anti-tuberculeux qui fut un succès.

Obs. N° 34, Madame F.... Rose, 66 ans

Le diagnostic chez cette grand'mère fut porté dès le quatrième jour d'hospitalisation. En effet, porteuse d'une valvulopathie mitro-aortique connue depuis cinquante ans, ayant présenté une brucellose à l'âge de 33 ans et un rhumatisme articulaire aigu à seize ans, cette malade présentait une fibrillation auriculaire et une splénomégalie. Les hémocultures furent certes négatives, mais la malade avait déjà reçu un traitement à la tifomycine (dose insuffisante ?). Le diagnostic fut affirmé par une sérologie de la typhoïde positive, confirmant donc l'impression clinique d'endocardite infectieuse lente.... à salmonella.

Obs. N° 35, Monsieur B.... Saïd, 47 ans.

Vingt et un jours furent nécessaires pour aboutir au diagnostic chez ce nord-africain, dont l'examen clinique était entièrement normal. En effet, il s'agissait d'une syphilis prouvée par : réaction de Kahn +++, réaction de V.D.R.L. +++, BW négatif, Nelson positif à 64 %, et FTA positif au 1/400ème. Chez ce malade, en plus du bilan prévu, furent pratiqués : un dosage du complément sérique, un bilan d'hémolyse, des porphyrines urinaires, et un dosage des isoenzymes de la LDH.

Obs. N° 36, Monsieur M.... Régis, 29 ans.

Opéré à l'âge de vingt sept ans pour un "ulcère du grêle" hémorragique, perforé; ce jeune homme présentait un examen clinique négatif et aucun trouble du transit. Seule une douleur péri-ombilicale et de la fosse iliaque droite était réveillée à la palpation. Etant donné ses antécédents orientateurs, un transit du grêle fut d'emblée réalisé et son aspect confirmé par l'intervention : laparotomie et histologie. Il s'agissait d'une maladie de CROHN. Au total, le diagnostic avait pris seize jours pour être posé.

Obs. N° 37, Monsieur D.... René, 48 ans.

Ayant séjourné en Corse cinq mois auparavant, ce malade présentait de la fièvre depuis deux semaines. Cette fièvre s'accompagnait de myalgies et de sueurs nocturnes. La brucellose fut affirmée dès le quinzième jour d'hospitalisation devant des hémocultures positives et un séro-diagnostic positif au 1/200ème mais négatif au 1/400ème. Ce taux étant cependant retenu comme significatif. Il faut noter à ce propos qu'un séro-diagnostic avait été pratiqué une semaine auparavant, donc huit jours seulement après le début de la fièvre, et qu'il s'était révélé négatif. Ceci nous amène à penser qu'il faut parfois savoir temporiser, ne pas être trop pressé dans la demande des examens, et en outre que les délais de positivité des sérologies sont parfois mal connus des médecins.

Obs. N° 38, Madame T.... Suzanne, 60 ans.

Cette femme, traitée en clinique psychiatrique, présentait un interrogatoire certes quasiment impossible, mais aussi une richesse symptomatologique. En effet, il existait une diarrhée, et des râles crépitants de la base droite. Le triple diagnostic fut apporté dès le troisième jour d'hospitalisation : Infection urinaire à Klebsiella, Infection intestinale à E. Coli, entérocoque et protéus (germes dominants), infection pulmonaire à staphylocoques.

Malgré une rectorragie, le diagnostic ne fut pas poussé plus avant, le lavement baryté étant impossible car la malade ne retenait pas la baryte.

Obs. N° 39, Monsieur M.... Justin, 23 ans.

Souffrant d'une fièvre évoluant par poussées intermittentes, depuis deux ans, ce jeune malade présentait des angines à répétition. Le diagnostic définitif fut celui de streptococcie, le patient présentant à l'entrée une amygdalite avec prélèvement de gorge positif au streptocoque bêta-hémolytique, et une élévation des anticorps anti-streptococciques. Le myélogramme montrait une érythroblastose à 40% (vérifiée à 35%) avec hypermégacaryocytose. Il n'existait pas d'anémie. En plus du protocole prévu, ce malade fut soumis à une recherche de parasites dans les selles, des coprocultures et des sérologies virales (pneumotropes, neurotropes, arbo-virus, entéro-virus).

Obs. N° 40, Madame R.... Hélène, 73 ans.

Le diagnostic chez cette personne fut en fait double.

Tout d'abord, fut porté celui d'infarctus pulmonaire de la base gauche, devant l'association d'une douleur de la base thoracique gauche et d'une opacité suspecte ; survenant un mois après une hystérectomie pour pyométrie par sténose isthmique (l'anatomo-pathologique de la pièce était tout à fait rassurante). Les LDH étaient élevés.

Deuxièmement, dysglobulinémie monoclonale : maladie de KAHLER. Ceci, devant l'association d'une V.S. à 86 mm., d'un pic dans les gammaglobulines à l'électrophorèse, une infiltration lymphoplasmocytaire au myélogramme, la présence d'une immunoglobuline de type IGG Kappa sans hyperprotidémie à l'immunoélectrophorèse sanguine et enfin la présence d'une protéinurie de BENCE-JONES de type Kappa dans les urines. A noter qu'il existait enfin un muguet buccal à candida. Une chose surprenante a été la demande d'un séro-diagnostic du paludisme dès le bilan d'entrée sur la foi d'antécédent de cette affection dont la dernière crise remontait en 1950, soit 24 ans auparavant !

De nouveau, nous avons l'exemple flagrant de la méconnaissance de certaines maladies en pathologie métropolitaine ainsi que celle de la valeur et des indications de certains examens para-cliniques.

Obs. N° 41, Monsieur V.... Jean-Baptiste, 58 ans.

Ce malade présentant une fièvre prolongée depuis un mois et demi environ était connu pour une bronchite chronique et une cirrhose hépatique depuis 4 ans. Le diagnostic fut apporté dès le neuvième jour d'hospitalisation devant la réponse de la bactériologie urinaire isolant un colibacille avec 10^7 germes par ml. A signaler qu'une seule hémoculture revint positive au pneumocoque, correspondant vraisemblablement à une contamination. Par ailleurs, qu'une radio d'estomac fut pratiquée ainsi qu'une laparoscopie, sans attendre le résultat de la bactériologie urinaire. Enfin, un prélèvement de gorge (malgré l'absence d'angine), des coprocultures, et une bactériologie des crachats (poly-microbisme prévisible) furent réalisés.

Obs. N°42, Mademoiselle D.... Jacqueline, 20 ans.

Cette jeune femme, traitée avant son hospitalisation et sans succès par l'ampicilline, présentait à l'examen clinique un ganglion sus-claviculaire droit, un autre sus-claviculaire gauche, et d'autres plus petits au niveau axillaire et cervicale. Les radios pulmonaires et les tomographies, la cuti-réaction négative, la ponction ganglionnaire non significative mais suivie d'une biopsie ganglionnaire permirent le diagnostic. En effet, cette dernière montra un aspect d'adénite nodulaire giganto-cellulaire et épithélioïde sans caséification. Il s'agissait bien d'une sarcoïdose. Il faut cependant remarquer dans cette observation que onze jours furent nécessaires avant de se décider à pratiquer une ponction ganglionnaire malgré la présence des adénopathies. Enfin, fut pratiqué un frottis cervical sans aucun signe d'appel gynécologique et qui se révéla négatif. Seule une hémoculture positive à corynébactérie fut considérée comme étant contaminée.

Obs. N°43, Madame P.... Tranquilla, 68 ans.

Cette femme présentant, depuis un an, une fièvre prolongée associée à une lésion nasale intitulée "chondrite", présentait dans ses antécédents une tuberculose pulmonaire, il y a vingt deux ans, et un ulcère duodénal opéré, il y a deux ans. Elle avait subi, avant son hospitalisation, un traitement par tétracyclines et corticoïdes. Attirés par le contexte digestif, on fit pratiquer d'emblée un transit oesogastro-duodénal et une gastroscopie. Ceux-ci s'avérèrent négatifs. Un prélèvement cytologique narinaire fut pratiqué, ainsi qu'un examen bactériologique. Le premier ne montra que des cellules intitulées "suspectes", et le second une suppuration à perfringens. La solution fut apportée au bout de onze jours, grâce à la biopsie nasale, pour laquelle on avait hésité, celle-ci montrant un carcinome épidermoïde différencié, mature, kératinisant. Il s'agissait bien d'un néoplasme du nez.

Obs. N°44, Madame I.... Ida, 76 ans.

Cette observation est le prototype même du diagnostic par élimination. En effet, ce n'est qu'après trois semaines d'hospitalisation que fut posé le diagnostic de lupus érythémateux disséminé. De fait, après la somme habituelle des examens para-cliniques, furent pratiquées des réactions de WEBER, des coprocultures, trois examens parasitologiques des selles, un prélèvement de gorge (sans angine), six hémocultures en plus des dix initialement prévues dans notre protocole, un dosage des cinq HIAA urinaires, une biopsie temporale (négative), avant de demander des anticorps antinucléaires. Ceux-ci se révélèrent positifs au 1/4096ème, d'aspect réticulé, mais sans anticorps anti-ADN.

Obs. N°45, Monsieur B.... Auguste, 66 ans.

Cet homme qui avait présenté vingt deux ans auparavant une phlébite, et il y a dix ans une nouvelle phlébite avec embolie pulmonaire, avait un examen clinique normal. Devant la présence d'une infection dentaire, il subit l'ablation de deux dents associée à une antibiothérapie, le tout sans résultat. Il existait une petite anémie normochrome. Devant son amaigrissement, un petit tremblement, et un contexte anxieux, un bilan thyroïdien fut demandé d'emblée. Mis à part un grand désordre dans les demandes d'examens, il subit également une scintigraphie osseuse globale. Le diagnostic fut en fait apporté au trentième jour d'hospitalisation grâce à la lymphographie abdominale montrant un envahissement des ganglions lombo-aortiques et pelviens bilatéral. L'aspect ne permettait pas de conclure entre un sarcome ganglionnaire ou une maladie de Hodgkin.

Obs. N°46, Monsieur M.... Albert, 61 ans.

Cet homme sans antécédent fut hospitalisé pour fièvre prolongée ondulante. Il se plaignait d'une douleur de la jambe droite qui fut rattachée à une névrite diabétique. Biologiquement, le résultat fut très rapide : 3.200 globules blancs à la numération formule et séro-diagnostic de brucellose positif au 1/640ème. Au total, le diagnostic prit onze jours pour être réalisé.

Obs. N°47, Monsieur G.... André, 39 ans.

Cet homme qui ne présentait pour tout antécédent qu'un eczéma ancien et une sciatique cinq ans auparavant, avait vu pendant ces cinq derniers mois apparaître un amaigrissement (six kilogs) accompagné de douleurs abdominales vagues. A l'examen, on pouvait noter une petite hépatomégalie à deux travers de doigt et un ictère conjonctival. L'exploration para-clinique n'objectiva qu'un syndrome biologique de rétention biliaire. La laparoscopie, la scintigraphie hépatique, et la lymphographie abdominale n'apportèrent pas de solution. Celle-ci fut le fait de la laparotomie exploratrice qui montra une tumeur nécrosée, infectée, située dans la racine du mésentère à proximité du cholédoque. Il existait par ailleurs des adénopathies. L'histologie fut celle d'un myosarcome. Au total, le diagnostic avait pris quatre mois pour être réalisé.

Obs. N°48, Monsieur G.... Akili, 63 ans.

L'histoire de cet homme qui avait présenté pour tout antécédent une tuberculose pulmonaire et pleurale quinze ans auparavant se passe en deux épisodes :

Le premier est celui d'un tableau fébrile, accompagné de douleurs de la nuque (qui furent rattachées facilement à une arthrose cervicale), et d'une cirrhose clinique et biologique. Il existait enfin un amaigrissement de huit kilogrammes environ en douze semaines et une insuffisance aortique à l'auscultation cardiaque. L'ensemble du bilan pratiqué s'avéra négatif, en particulier la laparoscopie.

Le deuxième épisode de cette histoire se passe deux mois après. A cette occasion, une nouvelle hospitalisation eut lieu devant la persistance d'un tableau fébrile intermittent. Des céphalées tenaces étant apparues du côté droit, une biopsie de l'artère temporale fut alors réalisée montrant l'artérite giganto-cellulaire. Il s'agissait bien d'une maladie de HORTON, révélée deux mois auparavant par une fièvre prolongée isolée.

Obs. N°49, Madame S.... Marielle, 64 ans.

Cette femme hystérectomisée pour fibrome dix sept ans auparavant, et qui avait présenté une phlébite dix ans avant, fut hospitalisée pour fièvre prolongée isolée, résistante à l'ampicilline. L'examen clinique, en dehors de volumineuses varices et d'une dermite ocre des membres inférieurs, était normal (y compris les touchers pelviens). L'abdomen sans préparation et la cholécystographie orale objectivaient une lithiase vésiculaire. La malade fut opérée sans effet sur la fièvre qui persista. Une moraxella isolée sur une seule hémoculture, sensible à l'ampicilline, n'était pas non plus responsable comme le prouva l'antibiothérapie inefficace (contamination probable). La malade fit une crise de tachyarythmie. Le diagnostic porté par élimination, devant la négativité du reste du bilan, fut celui de "fièvre de thrombose". Le succès de l'héparinothérapie vint confirmer cette impression clinique, au total trois semaines après le début de l'hospitalisation.

Obs. N° 50, Monsieur H.... Rabah

Ce nord-africain de 44 ans présentait de la fièvre depuis quinze jours, à la date de son hospitalisation. Certes, deux contaminations eurent lieu dans les hémocultures (une au streptocoque, une à corynébactérie), mais il existait une lymphomonocytose à l'hémogramme et dès le onzième jour, le séro-diagnostic prouva la rickettsiose : positivité pour rickettsia mooseri au 1/400ème, (confirmation par un second prélèvement positif au 1/1600ème). Au total, onze jours auront été nécessaires. Là aussi, l'intuition fit gagner du temps par rapport à la séquence aveugle des examens du protocole. Par contre, furent demandé sans succès, ni intérêt : sérologies virales, coprocultures, bilan d'hémolyse.

Obs. N° 51, Monsieur M.... Jean, 52 ans.

Cet homme sans antécédents et à l'examen clinique duquel aucune anomalie ne fut révélée dut attendre dix mois le diagnostic de son affection fébrile. En effet, ayant maigri de quatorze kilogs en deux mois, il avait subi une longue liste d'examens : lavement baryté, transit du grêle, scintigraphies abdominales, laparotomie objectivant un dolichocôlon et un pancréas scléreux (une radio gastrique datant de six mois était normale). Divers traitements d'épreuve furent institués : corticoïde, puis antibiotiques, puis antituberculeux, sur la foi de présence de bacilles acido-alcool-résistants sur un prélèvement de crachats.

Devant l'échec de tous ces essais, le malade fut interrogé de nouveau soigneusement et signala alors une petite dysphagie survenue progressivement et ayant débuté deux mois après la fièvre. Malheureusement, depuis huit mois, personne ne l'avait plus interrogé.....

Le transit oeso-gastrique et la gastroscopie avec biopsie prouvèrent la présence d'un léiomyome oesophagien dégénéré.

Obs. N°52, Madame M.... Anna, 63 ans.

Hospitalisée en psychiatrie, cette femme d'interrogatoire impossible présentait une fièvre depuis trois semaines, résistante à l'ampicilline et aux tétracyclines. Dans ses antécédents, on ne pouvait relever qu'une hémorragie méningée neuf ans auparavant, avec par la suite une détérioration psychique, et quelques crises comitiales. L'examen clinique montrait uniquement un petit escarre fessier. La numération formule objectivait une leucocytose-polynucléose et l'électrophorèse une augmentation des alpha et bêta globulines. C'est la cyto bactériologie urinaire qui apporta la solution, montrant une infection à Klebsiella (compte de germes 10^6 par ml.), dès le septième jour d'hospitalisation.

Le Compte d'Addis était à 154.000 globules blancs et 9.000 globules rouges.

Obs. N° 53, Monsieur B.... Henri, 55 ans.

Ce boucher fut hospitalisé au bout de deux semaines de fièvre oscillante. Ses antécédents comprenaient successivement une fièvre de Malte (vingt ans auparavant), un paludisme (cinq ans après), une hernie hiatale avec oesophagite opérée (encore cinq ans après), et enfin une hypertension artérielle connue depuis cinq ans. Mis à part un éthylysme avoué, l'interrogatoire ne retenait qu'une douleur vague de l'hypocondre droit sans aucune crise ni trouble du transit. La douleur avait disparu à l'entrée. A l'examen : foie à trois travers de doigt, typiquement cirrhotique, manoeuvre de Murphy positive, pas de masse abdominale perçue. L'ensemble du bilan biologique était normal mise à part une vitesse de sédimentation à 57% et une anémie normochrome, normocytaire, hyposidérémique ferriprive. Après cholecystographie, urographie intra-veineuse, cholangiographie et transit oesogastro-duodénal, le malade sortit au vingt troisième jour d'hospitalisation sans diagnostic. Celui-ci fut fourni quatre mois après, devant l'apparition de rectorragies. Le lavement baryté découvrit un néoplasme du côlon descendant. Pendant ce laps de temps, le malade subit une longue liste d'exams biologiques.....

Obs. N°54, Monsieur G.... René, 52 ans.

Mise à part une bronchite chronique et des crises de tachy-arythmie paroxystique, ce malade ne se plaignait de rien malgré une fièvre durant depuis un an avec quelques clochers à 39°C. Cette fièvre cédaît parfois temporairement à la quinine et s'accompagnait d'une grande asthénie. Le lavement baryté pratiqué dès le dixième jour d'hospitalisation, pourtant sans aucun signe d'appel digestif, montra une diverticulose associée à un défilé irrégulier de la jonction recto-sigmoïdienne. La rectoscopie avec biopsie confirma l'adénocarcinome. Un transit gastrique pratiqué devant une symptomatologie à type de crampes se révéla normal. Deux mois après l'intervention, une coloscopie de contrôle était normale jusqu'à l'angle droit. Le malade gardant une fièvre certes peu importante, le problème d'une éventuelle évolution métastatique se pose.

Obs. N° 55, Madame B.... Simone, 71 ans.

Cette grand'mère qui présentait pour toute maladie une petite hernie hiatale connue depuis vingt ans, souffrait d'une fièvre depuis quatre mois, résistante à diverses antibiothérapies (5 successives) et émaillée d'une pharyngite chronique, d'un herpès labial et d'une céphalée persistante. Cette longue histoire lui ayant d'ailleurs permis de connaître quatre médecins successifs. Dans le service, on notait une asthénie très importante, un pouls à 100, une rate et un foie perçus à deux travers de doigt, des aires ganglionnaires libres et un amaigrissement de 6 Kgs en cinq mois. Une infection urinaire fut certes découverte, mais aussi une anémie normochrome qui fit pratiquer un myélogramme. Celui-ci permit le diagnostic montrant une moelle riche avec myéloblastose à plus de 60 %. Il s'agissait d'une leucémie aigüe myéloblastique apparemment "à promotion lente".

Obs. N° 56, Monsieur B.... Roger, 56 ans.

Cet homme, fébrile depuis un mois, et ayant maigri de sept kilogs, avait été opéré deux ans auparavant d'une hernie hiatale découverte à la faveur d'une anémie. L'examen clinique négatif, l'absence de symptomatologie orientatrice, lui avait valu d'être traité par tifomycine sur la foi d'un séro-diagnostic positif à 1/800ème pour paratyphi-B. Devant l'échec de ce traitement, l'hospitalisation fut décidée. La radio pulmonaire montrait d'emblée une miliaire bilatérale. Les bacilles de Koch étaient négatifs à l'examen direct. Ceci laissa le temps de pratiquer une laparoscopie avec ponction biopsie du foie (étant donné les anomalies biologiques hépatiques). Il existait effectivement une granulomatosse du foie. De même, la biopsie médullaire montrait la présence de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. En attendant ces résultats, ainsi que ceux des cultures de bacilles de Koch (qui furent positives) le doute s'installa dans les esprits, la fièvre ne réagissant pas au traitement anti-tuberculeux associé aux corticoïdes. Une urographie intraveineuse montra un rein droit muet pour lequel l'artériographie rénale dévoila une atrophie de type pyélonéphritique chronique. Après quinze jours de traitement, la fièvre daigna enfin amorcer sa chute. A signaler qu'un nouveau séro-diagnostic de typhoïde revint négatif. Il s'agissait donc bien d'une miliaire tuberculeuse généralisée. Le malade fut par la suite néphrécotomisé.

Obs. N° 57, Monsieur B.... Paul, 72 ans.

Opéré d'une orché-épididymite, il y a quarante ans, et ayant souffert d'une sciatique six ans auparavant, cet homme se plaignait depuis six semaines d'un état fébrile avec douleurs lombaires gauches à type de gêne permanente. Un colibacille urinaire motiva un traitement par antibiotique qui n'offrit qu'un succès transitoire. Il existait un amaigrissement de six kilogs; l'examen clinique était normal. La radiographie vertébrale montrait un pincement discal D 10 - D 11, & D 11 - D 12 avec interlignes irréguliers, tassement de D 11 et arthrose importante. La polynucléose, les gamma-globulines à 26% et le séro-diagnostic de Malte positif à 1/320ème apportèrent le diagnostic. Malgré des tomographies de colonne, il fut impossible de véritablement affirmer la discospondylite étant donné l'arthrose importante. A propos de cette observation, on peut se demander la raison pour laquelle cinq séro-diagnostic de brucellose furent demandés... avant de commencer le traitement.

Obs. N° 58, Monsieur T.... Georges, 39 ans.

Présentant des accès fébriles depuis huit mois environ, cet homme sans antécédents particuliers est hospitalisé au cours d'une nouvelle poussée fébrile inexpliquée depuis plusieurs semaines. L'examen clinique objective une hépatomégalie dépassant le rebord costal d'un travers de main et une splénomégalie discrète. L'état général est altéré. La vitesse de sédimentation est à 38%, on note une hyperleucocytose à 12.000 avec polynucléose à 77%, une augmentation des alpha 1 et alpha 2 globulines. La radiographie pulmonaire montra une surélévation de la couple diaphragmatique droite, la scintigraphie, une lacune volumineuse du lobe droit. Dans le doute, une laparoscopie et une artériographie hépatique sont réalisées. Peut-être aurait-on pu s'en passer ?? Quoiqu'il en soit l'intervention au trentième jour d'hospitalisation objective un abcès du foie contenant trois litres et demi de pus stérile (mais le malade a déjà reçu des antibiotiques...).

Le séro-diagnostic de l'amibiase a été oublié et n'est pratiqué que trois semaines après l'intervention. Il reviendra positif au 1/800ème en immunofluorescence. Le malade n'a jamais quitté la France : amibiase autochtone.

A noter qu'entre le résultat de scintigraphie et l'intervention s'écoulèrent trois semaines.

Obs. N° 59, Monsieur B.... Belkacem, 31 ans

Cet homme dont le dernier séjour en Algérie remonte à trois ans ne présente aucun antécédent pathologique.

Depuis deux semaines persiste une fièvre oscillant entre 38°C et 39°C, résistante aux antibiotiques prescrits en ville. Il existe une douleur à la palpation de l'hypocondre droit et de la région costo-vertébrale droite. Devant l'hyperleucocytose, les hémocultures stériles ainsi que la bactériologie urinaire, une cholécystographie orale est pratiquée, elle s'avère normale. La radio pulmonaire objective un petit épanchement pleural droit et la scintigraphie hépatique une lacune de 4 centimètres de diamètre. Là aussi, une artériographie hépatique est réalisée huit jours après, n'apportant guère au diagnostic. La semaine suivante, l'intervention découvre un petit abcès de pus crémeux. Le séro-diagnostic de l'amibiase revient positif au 1/200ème après l'intervention. Un traitement au métronidazole est institué.

Certes l'artériographie hépatique est en théorie un examen de valeur car la scintigraphie est non spécifique et manque de précision topographique. En pratique, on peut se poser le problème de son utilité devant une lacune hépatique unique et fébrile. Sur le plan diagnostic et thérapeutique, l'intervention s'impose même en cas de tumeur suspecte de néoplasme primitif; sur le plan technique la décision reste dévolue au chirurgien.

Obs. N° 60, Monsieur B.... Louis, 73 ans.

Ce grand'père prostatectomisé trois ans auparavant et cholecystéctomisé un an après, présentait une fièvre avec splénomégalie et adénopathies périphériques, résistante à un traitement institué en ville (métampicilline et prédnisolone). Le diagnostic fut porté après vingt cinq jours d'hospitalisation, devant la positivité des bacilles de Koch dans les crachats (à la culture), et ceci malgré une radio pulmonaire normale. Le malade fut soumis aux anti-tuberculeux, dont l'action fut spectaculaire. A signaler que furent pratiqués des WEBER isotopiques (d'ailleurs positifs), un bilan d'hémo-lyse, et enfin une lymphographie : on s'était sans doute trop pressé pour poser l'indication de cet examen. La ponction biopsie du foie par contre montra un infiltrat lymphocytaire sans cellules géantes.

Obs. N° 61, Madame S.... Lora, 61 ans.

L'interrogatoire, quoique mal aisé chez cette espagnole permettait de relever pour tout antécédent un épisode de polyarthrite ayant guéri spontanément cinq ans auparavant. Depuis trois mois et demi, une fièvre était apparue d'abord intermittente puis continue. Elle s'accompagnait de sueurs, d'asthénie, et d'un amaigrissement de six kilogs dans le dernier mois. La malade se plaignait en outre d'une diarrhée ancienne (pour laquelle elle avait pris diverses médications à visée intestinale) et d'une toux discrète. L'examen clinique orientait d'emblée devant la découverte d'une petite splénomégalie et d'un ganglion axillaire gauche. La radio thoracique objectivait des adénopathies médiastinales. La fibroscopie bronchique montrait une muqueuse infiltrée au niveau de la bronche souche gauche (les biopsies pratiquées revinrent ultérieurement négatives). La biopsie ganglionnaire axillaire apporta la solution : il s'agissait d'une maladie de HODGKIN à prédominance lymphocytaire. A signaler que les anticorps antinucléaires étaient positifs au 1/64 ème et de type réticulé. La biopsie ganglionnaire fut pratiquée au septième jour d'hospitalisation.

Obs. N° 62, Madame P.... Renée, 44 ans.

Cette femme opérée d'une tumeur bénigne du sein droit dix ans auparavant présentait depuis cinq mois une fièvre persistante, peu élevée, qui avait débuté après un épisode de cystite. Une perte de poids de quatre kilogs l'accompagnait. Depuis un mois, était apparue une toux spasmodique. Il existait à l'examen un syndrome pleural de la base gauche, un souffle d'insuffisance mitrale et une adénopathie sus-claviculaire gauche. Cette malade durant cette période fébrile de cinq mois n'avait jamais eu de radiographie thoracique. Dès l'entrée, le cliché objectivait une opacité avec disparition du cul de sac pleural gauche, un gros coeur et des adénopathies hilaires gauche. L'électrocardiogramme montrait des ondes T inversées dans toutes les dérivations. La ponction pleurale ne ramena pas de cellules suspectes et le liquide était stérile. La solution au diagnostic fut apportée par les tomographies pulmonaires (atélectasie du lobe inférieur gauche) la fibroscopie bronchique avec biopsie et la biopsie ganglionnaire sus-claviculaire (cellules métastatiques d'un épithélioma d'origine malpighienne). Tout ceci en dix sept jours d'hospitalisation.

Obs. N° 63, Monsieur B.... Pierre, 31 ans.

Cet homme fut hospitalisé après un mois et demi de fièvre en plateau à 38°C⁵, au cours de laquelle il avait reçu successivement trois antibiotiques différents. Dans ses antécédents on relevait une amygdalectomie en 1965, et une appendicectomie au début de son histoire fébrile. A l'examen on découvrait de petites adénopathies inguinales et cervicales, une petite éruption maculo-papuleuse. La vitesse de sédimentation était à 90 %, il existait une leucocytose polynucléose importante, et à l'électrocardiogramme des troubles de la repolarisation diffus suggérant un facteur péricardique. La ponction ganglionnaire ainsi que le myélogramme ne furent pas concluant mais la biopsie du ganglion apporta le diagnostic : Histiocytose maligne type Rappaport (proche des histioblastosarcomes).

Le diagnostic, malgré le signe d'appel représenté par les adénopathies, mit plus de trois semaines pour être réalisé, ce malade ayant été soumis à un nombre impressionnant d'examens radiologiques, biologiques, sans oublier une aortographie et une biopsie du foie.

Obs. N° 64, Madame P.... Marie-Louise, 90 ans.

Cette dame présentant dans ses antécédents une péritonite post-abortum à l'âge de vingt cinq ans et une hystérectomie pour fibrome était fébrile depuis quinze jours. Cette fièvre s'accompagnait d'asthénie, de toux, et au début d'un point de côté thoracique à droite. A l'examen : arythmie, douleur à la palpation de l'hypocondre et du flanc droit, crépitants de la base droite et souffle tubaire. La radiographie confirmait l'impression clinique en montrant une opacité non homogène de topographie lobaire moyenne. Le diagnostic était dès lors évident chez cette grand'mère qui avait refusé jusqu'à présent de voir un médecin : pneumonie lobaire aigüe.

Obs. N° 65, Madame J.... Pierrette, 71 ans.

Cette grand'mère fut hospitalisée dans un état hautement fébrile avec baisse massive de l'état général. Un médecin de ville consulté lui avait prescrit une antibiothérapie et une petite corticothérapie, après lui avoir pratiqué une radioscopie non concluante et une analyse d'urines (traces d'albumine).

Dès le lendemain de l'entrée le diagnostic apparaissait comme probable : il existait une miliaire pulmonaire bilatérale radiologiquement évidente, mais qui avait échappé (comme souvent) à la scopie. Devant l'état général très altéré, la fièvre à 39°C et la déshydratation, un traitement antituberculeux fut mis en route, associé à la réanimation, dès les tubages gastriques pratiqués (la malade ne crachant pas).

Les bacilles de Koch étaient présents dès l'examen direct, permettant ainsi au diagnostic d'être réalisé en sept jours.

- - - - -

CONCLUSIONS

Au total, l'application à ces soixante cinq cas de notre protocole, si elle aboutit parfois à des conclusions surprenantes n'en aura pas pour autant été inutile.

En effet, nous pouvons répondre à plusieurs questions qui, jusque là, restaient sans solution faute de critères précis:

a) Arrivons-nous par un protocole élaboré à l'avance plus rapidement au diagnostic que par une étude au hasard ?

- La réponse a été OUI dans seulement 18 cas sur 65, et paradoxalement une perte de temps a même été enregistrée cinq fois. En reprenant les dossiers en questions, on s'aperçoit en fait que cette perte de temps n'est que théorique dans trois cas sur cinq. En effet, existait pour ces trois malades un signe objectif orientateur : adénopathie (Observation N° 6), intervention pour une maladie de l'intestin grêle (Observation N° 36), lymphomonocytose importante (Observation N° 50).

- Les observations N° 19 et 54 par contre illustrent bien le fait que parfois l'intuition ou le hasard permet d'arriver plus vite au diagnostic que l'utilisation d'une méthode systématisée de recherche. Mais ceci reste l'exception, par rapport au nombre de cas nettement supérieur de perte de temps due à un symptôme interprété à tort comme orientateur. (Observations N° 12, 18, 45, etc...). De même une perte de temps appréciable est souvent causée par le manque de progression logique dans les examens et la demande d'examens inutiles. (Observations N° 21, 22, 24, 26, 30, 32, 39, 41, 44, 45, 48, 53).

- Au total, sur un nombre de cas bien entendu restreint, on peut noter qu'une fois sur quatre au moins un bénéfice est apporté par le protocole, près de trois fois sur quatre aucun avantage de temps n'est obtenu et exceptionnellement une perte de temps véritable. (Ici, deux fois sur 65 cas).

b) L'application d'un protocole systématisé permet-elle ou non un gain financier, en diminuant le nombre des examens réalisés ?

- La réponse a été OUI dans 28 cas sur 65. A l'opposé une perte financière probable a été enregistrée quatre fois (Observations N° 6, 19, 36 et 54), perte qui n'est effective que dans les observations N° 19 et 54 pour les raisons exposées dans le paragraphe précédent.

- Nous voyons donc au total que dans 43% des cas un gain financier est apporté par le protocole.

- N'oublions pas cependant les réserves émises plus haut quant à ce bénéfice financier qui reste aléatoire.

La diminution du nombre d'examens reste malgré tout intéressante pour deux autres raisons :

. La plupart du temps, la réalisation d'examens inutiles retarde le diagnostic permettant à une maladie d'évoluer et un état général de se dégrader, parfois à des complications d'apparaître.

. L'immense majorité des examens pratiqués est source de désagréments et de fatigue pour le malade. Peut-être ne faut-il pas oublier avant de prescrire un examen la part de coeur et la part de raison qui doivent guider le praticien.

c) Quel pourcentage de fièvres prolongées recouvre réellement le cadre des fièvres "nues" ?

Sur notre courte série, il semble important d'opposer :

. 28 dossiers de fièvres isolées à 37 dossiers de maladies fébriles comportant à l'interrogatoire ou à l'examen clinique un véritable "poteau indicateur".

Ceci nous fait toucher du doigt l'ambiguïté même du terme de fièvre prolongée.

EN DEFINITIVE

L'apport découlant de l'utilisation d'un protocole systématisé nous semble personnellement d'autant plus intéressant que la fièvre est authentiquement isolée. Devant la découverte d'un signe orientateur, l'utilisation de "check-lists" d'examens para-cliniques perd en grande partie son intérêt. Il reste que l'intérêt de l'interrogatoire et de l'examen clinique programmée persistent entiers. Nous pensons donc que la conduite à tenir souhaitable serait la suivante :

. Interrogatoire et examen clinique élaborés selon notre protocole.

. En cas de découverte d'un signe fonctionnel réellement évocateur, ou d'un signe physique objectif, orientation des recherches selon cette piste. Ceci tout en maintenant systématiquement les hémocultures, l'intradermo-réaction à dix unités, la numération formule sanguine, le cliché thoracique, la cytotactériologie urinaire (avec recherches de bacilles de Koch), le cliché d'abdomen sans préparation, et enfin la recherche de bacilles de Koch dans les crachats. De fait, ceci permettra de "couvrir" les principales étiologies dominant par leur fréquence.

En l'absence de découverte d'un signe évocateur, nous proposons la mise en route du protocole para-clinique prévu (liste de base, éventuellement suivie de la liste de deuxième intention). CF. TABLEAU IV, page 102.

4 - ETUDE PROSPECTIVE

Cette proposition de protocole reste en fait suspendue à la sanction d'une étude prospective que nous n'avons pu mener personnellement assez loin.

Ces quelques cas auxquels nous avons pu être confrontés sont livrés ci-après.

Nous espérons qu'ils verront une étude sérieuse y faire suite, spécialement pour répondre à la seule vraie question :

. COMMENT ARRIVER PLUS SOUVENT AU DIAGNOSTIC ?

Quoiqu'il en soit, l'un des buts d'un tel protocole - que nous ne voulons pas passer sous silence - n'est-il pas en réalité l'espoir d'un nouveau mode de recherche en médecine, applicable dans d'autres problèmes diagnostiques ?

Il aurait dans notre esprit pour destinée d'être un instrument de perfectionnement de l'esprit, une incitation à l'éclosion d'une nouvelle logique.....

Ces quelques observations, au nombre de , et concernant des malades hospitalisés en 1976 et 1977 - Services des Professeurs G.RIFFAT, G.DESPIERRES, et A.BEL - regroupent sur le plan étiologique :

- Obs. N° 1 : Infection focale dentaire.
- Obs. N° 2 : "Fièvre des cirrhoses" (?)
- Obs. N° 3 : Pseudo-polyarthrite rhizomélique
(+ infection urinaire)
- Obs. N° 4 : Tuberculose pulmonaire et hépatite
granulomateuse.
- Obs. N° 5 : ?
- Obs. N° 6 : Tuberculose urinaire
- Obs. N° 7 : Infection urinaire à germe banal
- Obs. N° 8 : Tuberculose pleuro-pulmonaire
(+ infection urinaire)
- Obs. N° 9 : Toxoplasmose
- Obs. N° 10 : Endocardite infectieuse
- Obs. N° 11 : ?
- Obs. N° 12 : Abscess amygdalien
- Obs. N° 13 : Tuberculose pulmonaire
- Obs. N° 14 : ?

OBSERVATIONS SOUMISES AU PROTOCOLE

Obs. N° 1 , Madame M.... Suzanne

Cette jeune secrétaire de 27 ans répondit comme suit au questionnaire :

- . Jamais de séjour en dehors de l'Europe
- . Tuberculose de primo infection à l'âge de onze ans traitée plus d'un an.
- . Calculs dans les reins
- . Pas de maladie actuelle en traitement
- . Appendicectomie en 1953
- . Aucune autre maladie sérieuse
- . Vaccinée contre la typhoïde
- . Non vaccinée par le B.C.G.
- . Cuti déjà trouvée positive
- . Aucune prise habituelle de médicament
- . Pour cette fièvre qui a été traitée par aspirine, puis ampicilline pendant dix jours, et par l'association pénicilline-colimycine pendant huit jours.
- . Ces derniers six mois n'a subi aucune injection
- . Aucun malade dans son entourage
- . Fébrile depuis cinq semaines environ
- . Le début de la fièvre a été progressif
- . Elle s'est plaint à ce moment de brûlures à la miction sans urines troubles ni hématurie à l'oeil nu.
- . C'est la première fois de sa vie qu'elle a une fièvre durant plus de quinze jours.
- . Ses ennuis actuels se résument à un amaigrissement de moins de cinq kilogs, quelques brûlures à la miction et une petite diarrhée.
- . Elle n'a pas fait de fausse couche récemment, n'a pas de pertes blanches et ne saigne pas entre ses règles.

L'examen clinique ne releva comme signes anormaux que :

- . langue saburrale
- . quelques dents cariées
- . des adénopathies cervicales et inguinales bilatérales petites, fermes et indolores
- . quelques sibilances pulmonaires
- . une douleur à la palpation de la fosse lombaire droite
- . un acné du visage et du dos
- . la température le jour de l'examen était à :
 - 37°6 C à 8h.30
 - 37°9 C à 17h.15
 - 38° C à 18h.30

L'intégralité du bilan de base fut réalisé, sauf la recherche des bacilles de KOCH (la malade ne crachait pas) et la cholangiographie intraveineuse qui n'a pas eu le temps d'être réalisée; le diagnostic ayant été établi dès le septième jour d'hospitalisation grâce au cliché panoramique dentaire et à l'examen stomatologique. Il existait effectivement une molaire infectée et deux autres dents cariées. La première fut extraite, les deux autres se contentèrent de soins; un traitement antibiotique par voie générale fut administré deux jours avant l'extraction et pendant les cinq jours suivants. Devant l'apyrexie stable, la malade sortit.

- - - - -

Obs. N° 2 , Monsieur H.... Auguste, 57 ans.

Réponses au questionnaire :

- . Aucun voyage en dehors de l'Europe
- . Bronchite chronique pour laquelle il est en traitement.
- . Souffle au coeur
- . Cholecystectomisé pour lithiase
- . Aucune autre maladie sérieuse
- . Pas de vaccination contre la typhoïde, ni par le B.C.G.
- . Sa cuti aurait été positive, mais ne sait pas depuis quand.
- . Prend habituellement des broncho-dilatateurs et des mucolytiques
- . A pris récemment pour sa fièvre de la pénicilline et des corticoïdes à petite dose.
- . N'a pas eu d'injection ces derniers six mois sauf le vaccin contre la grippe.
- . Aucun malade dans son entourage
- . Fièvre depuis trois semaines environ, à début progressif
- . Douleurs dans les articulations
- . Première fois de sa vie qu'il a une longue fièvre
- . Se plaint de : amaigrissement de moins de cinq kilogs, douleurs dans les articulations et gonflement de ces articulations.

L'examen clinique releva uniquement :

- . Ictère conjonctival
- . Dents en mauvais état
- . Surdité gauche
- . Ronchus à l'auscultation pulmonaire
- . Souffle cardiaque systolique de rétrécissement aortique.
- . Foie perçu à deux travers de doigt, lisse et ferme, à bord tranchant.
- . Limitation de la mobilité de la colonne cervicale
- . Petite amyotrophie généralisée
- . Couperose du visage, quelques angiomes stellaires.
- . Petit tremblement des mains
- . Comportement jovial
- . 38 C à 16h.00

Les examens complémentaires relevèrent :

- . des dents cariées sans indication d'extraction
- . une petite empreinte prostatique à l'urographie
- . vitesse de sédimentation 37%
- . petite anémie macrocytaire
- . bloc bêta-gamma à l'électrophorèse
- . bilan hépatique standard évocateur de cirrhose, sans hépatite aigüe alcoolique surajoutée.
- . Scintigraphie hépatique du type insuffisance du système Kupfferien.
- . La cholangiographie intraveineuse ne fut pas réalisée
- . Les bacilles de Koch étaient négatifs à l'examen direct et les cultures en cours.

Dans la liste de deuxième intention furent réalisés :

- . radio d'estomac (discrètes varices du bas oesophage)
- . biopsie d'artère temporale (négative)
- . ponction-biopsie hépatique sous laparoscopie (confirmative de la cirrhose suspectée)
- . sero-diagnostics d'hydatidose, de leptospirose (négatifs)
- . anticorps anti-streptococciques (négatifs)
- . Antigène Australia (négatif)

Au total, le diagnostic fut celui de "FIEVRE DES CIRRHOSES" et le malade mis aux corticoïdes au dixième jour d'hospitalisation. L'apyrexie fut obtenue dès le seizième jour de traitement et resta stable jusqu'à la sortie du malade au vingt cinquième jour.

A la faveur des résultats des cultures de bacilles de KOCH (négatives), le malade fut revu en consultation. L'apyrexie se maintenait malgré l'arrêt des corticoïdes et aucun diagnostic plus satisfaisant ne put être porté....

- - - - -

Obs. N° 3 , Madame M.... Louise, 85 ans.

Réponses au questionnaire :

- . N'a jamais voyagé en dehors de l'Europe
- . Aurait fait un rhumatisme de "l'enfance" à dix neuf ans, une jaunisse (il y a une dizaine d'années), des cystites.
- . Elle se plaint de crachats anciens, mousseux et blancs.
- . Est traitée par digitaliques pour une tachyarythmie.
- . N'a jamais été opérée.
- . N'a eu aucune autre maladie sérieuse.
- . N'a jamais été vaccinée.
- . N'a jamais eu de cuti
- . A pris récemment pour cette fièvre des antibiotiques et une longue liste d'anti-inflammatoires non stéroïdiens dont elle nous fournit aimablement les ordonnances.
- . N'a reçu aucune injection récente sauf un vaccin anti-grippal et les anti-inflammatoires déjà signalés, après le début de sa fièvre qui remonte à trois semaines. Celle-ci a débuté progressivement et s'est accompagnée de douleurs des épaules, des hanches et des genoux, surtout nocturnes et matinales, avec raideur. C'est la première fois de sa vie qu'elle a ainsi une fièvre prolongée.
- . Ses ennuis actuels comprennent :
 - une éruption de "boutons" sur la peau
 - un amaigrissement de moins de cinq kilogs
 - les douleurs déjà signalées qui persistent et un gonflement de la cheville gauche. Depuis sa ménopause qui remonte à trente cinq ans en arrière, elle n'a eu aucun problème gynécologique.

L'examen clinique retenait d'anormal :

- . maigreur assez importante
- . surdité bilatérale à prédominance droite
- . râles crépitants des deux bases pulmonaires
- . douleurs à la mobilisation et à la pression des épineuses cervicales
- . mobilisation des hanches et des épaules douloureuse et limitée
- . douleurs à la pression des masses musculaires (spécialement des trapèzes, des biceps et des adducteurs)
- . le toucher vaginal n'a pas été pratiqué
- . la température était à : 38°6 C à 15h.15

L'ensemble des examens complémentaires de la liste de base a été pratiqué, à l'exception de la cholangiographie intra-veineuse.

On peut retenir d'anormal :

- la présence de colibacilles dans les urines (10^7 germes par ml)
- vitesse de sédimentation à 52%
- gamma-globulines augmentées
- anticorps antinucléaires positifs au 1/64ème et de type réticulé.

La consultation stomatologique n'a pas eu lieu... Cette grand'mère n'ayant plus une seule dent.

Parmi la liste de deuxième intention furent pratiqués :

- . une biopsie d'artère temporale, malgré l'absence de tout signe anormal à ce niveau (histologie normale)
- . Antigène Australia négatif
- . radios osseuses (ostéoporose banale)
- . réactions de Latex et Waaler Rose faiblement positives

En définitive, le diagnostic retenu fut double : infection urinaire banale et pseudo-polyarthrite rhizomélique.

6 Jours furent nécessaires pour l'établir (sans attendre le résultat de la biopsie de l'artère temporale). Sous traitement corticoïde plus antiseptique urinaire, la fièvre céda en cinq jours et la symptomatologie douloureuse en deux semaines.

Obs. N° 4 , Monsieur M.... Bernard, 54 ans.

Réponses au questionnaire :

- . Jamais de voyage en dehors de l'Europe
- . Bronchite chronique
- . Aucun traitement actuel en cours
- . Jamais d'intervention chirurgicale
- . Aucune autre maladie
- . Pas de vaccination contre la typhoïde, ni par le B.C.G.
- . Ne sait pas si sa cuti a déjà été trouvée positive
- . Ne prend habituellement aucun médicament
- . Par contre en a pris récemment pour cette fièvre. Il nous en fournit d'ailleurs les ordonnances : Gentamycine, puis Céporexine.
- . Aucune injection ces derniers six mois, avant le début de la fièvre.
- . Aucun malade dans son entourage, du moins à sa connaissance
- . Fébrile depuis un mois environ
- . La fièvre a débuté progressivement
- . C'est la première fois de sa vie qu'il est fébrile aussi longtemps.
- . Amaigrissement de cinq kilogs, fatigue, manque d'appétit.

L'examen clinique ne releva comme signes anormaux que :

- . Dents en mauvais état, sans carie visible.
- . Foie perçu à trois travers de doigt, dur et régulier, à bord tranchant.
- . Rate molle perçue à deux travers de doigt.
- . Erythrose palmaire

Devant ces signes, l'interrogatoire orienté retrouve facilement un éthylysme modéré (3/4 de litre de vin par jour).

- . La température était à 38°2 C à 17 heures.

Les examens complémentaires apportèrent un diagnostic de probabilité en onze jours et une certitude en vingt cinq jours.

- Sur la radio thoracique, image nodulaire et infiltrative des deux sommets.
- Recherche de bacilles de Koch négative à l'examen direct sur les urines comme sur les crachats.
- Intradermo-réaction à dix unités positive
- Bilan hépatique standard normal mise à part une augmentation des phosphatases alcalines.
- Gamma-globulines à 29%
- Une ponction biopsie hépatique montra la présence de plusieurs nodules épithélioïdes et giganto-cellulaires centrés sur des zones de nécrose fibrinoïde.

Il n'existait pas de bacilles de Koch.

Cette biopsie réalisée sous laparoscopie (granulations blanchâtres sur le foie et adhérences) fut suivie d'un traitement d'épreuve anti-tuberculeux qui amena l'apyrexie en six jours.

Vingt jours après, les cultures de crachats revenaient positives. Il s'agissait donc bien d'une hépatite granulomateuse et d'une tuberculose pulmonaire.

- - - - -

Obs. N° 5 , Monsieur D.... Roger, 47 ans.

Répondit comme suit au questionnaire :

- . Aucun voyage en dehors de l'Europe
- . Bronchite chronique, caries dentaires, diabète, insuffisance cardiaque.
- . Prend actuellement des anti-diabétiques oraux et des digitalines.
- . A été opéré d'une appendicite en 1945 et d'une fracture d'une jambe en 1957.
- . N'a eu aucune autre maladie sérieuse.
- . N'a jamais été vacciné
- . Ne sait pas l'état de sa cuti
- . N'a pris aucun médicament pour cette fièvre, et n'a reçu aucune injection récente.
- . Aucun malade dans son entourage.
- . Sa fièvre a débuté trois semaines auparavant et d'une façon progressive. Elle s'est accompagnée de frissons, de sueurs, et de fatigue.
- . C'est la première fois de sa vie qu'il a ainsi de la fièvre.
- . Depuis le début de sa fièvre, il se plaint d'un amaigrissement de près de 14 Kilogs (mais il a fait un régime anti-diabétique strict depuis environ six mois), de diarrhée et d'une éruption sur la peau.

L'examen clinique retenait :

- . ictère conjonctival
- . langue saburrale
- . dents cariées
- . petites adénopathies inguinales bilatérales fermes et indolores
- . quelques ronchus et sibilances à l'auscultation pulmonaire.
- . Sur le plan cardiaque, un rythme à 96, un souffle systolique 2/6 au foyer mitral.
- . Sur le plan abdominal, la présence d'une ascite peu importante, et d'un gros foie ferme et lisse perçu à quatre travers de doigt.

- . Mise à part une cyphose, le reste de l'examen montrait quelques télangiéctasies, un eczéma séborrhéique du thorax, et une éruption maculo-papuleuse non prurigineuse thoraco-abdominale.
- . Une maladie de DUPUYTREN et des angiomes stellaires du cou.
- . La température était à 39°2 C à 15 heures.

L'ensemble des examens de la liste de base montra :

- . cliché panoramique dentaire normal ainsi que les radios du crâne, l'abdomen sans préparation et l'urographie intra-veineuse.
- . Opacité hilifuge des deux champs pulmonaires.
- . Examens bactériologiques tous négatifs sauf une hémoculture positive (staphylococcus épidermidis)
- . Vitesse de sédimentation à 45%, 10.400 globules blancs, petite anémie hypochrome ferriprive, anomalies biologiques hépatiques caractéristiques d'une cirrhose.
- . Intradermo-réaction à dix unités positive, 5.600 globules blancs au Compte d'Addis avec cytotactériologie urinaire stérile.
- . Scintigraphie hépatique typique d'une insuffisance du système Kuppferien
- . Hypertrophie ventriculaire gauche à l'électro-cardiogramme.
- . Une ponction d'ascite pratiquée ramena un liquide non infecté et contenant quinze grammes par litre de protéines.

L'ensemble de ces examens réalisés et le malade présentant de grands clochers thermiques, une antibiothérapie à large spectre fut instaurée au quatrième jour, tenant compte d'une insuffisance rénale. L'apyrexie fut obtenue dès le quatrième jour de traitement, mais l'histoire pathologique de Monsieur D.... resta pour nous mystérieuse.

Après trois semaines d'apyrexie stable et le résultat négatif des cultures de bacilles de Koch, il put sortir "guéri" du Service.

- - - - -

Obs. N° 6 , Monsieur P.... Armand, 32 ans.

Réponses au questionnaire :

- . Aucun voyage en dehors de l'Europe
- . Uréthrite à l'âge de vingt ans. Colique néphrétique droite deux ans auparavant.
- . Ne prend actuellement aucun traitement en dehors de petites doses de méprobamate.
- . N'a jamais été opéré et n'a eu aucune maladie sérieuse.
- . A été vacciné contre la typhoïde mais par le B.C.G.
- . Ne sait pas si sa cuti a été positive.
- . A reçu pour cette fièvre de l'ampicilline puis l'association sulfaméthoxazole-triméthoprime.
- . N'a eu aucune injection récente.
- . Aucun malade dans son entourage.
- . Sa fièvre a débuté trois semaines auparavant et d'une façon progressive. Elle a évolué entre 38°C et 38°5 C, ne s'est accompagnée d'aucun symptôme sinon une asthénie (depuis deux ou trois mois).
- . C'est la première fois qu'il a ainsi de la fièvre.
- . A maigri de cinq kilogs par rapport à l'année précédente.

L'Examen clinique était entièrement normal, mises à part des hémorroïdes non thrombosées.

L'ensemble des examens de la liste de base fut réalisé, à l'exception de la cholangiographie intra-veineuse et de la scintigraphie hépatique. On pouvait ainsi relever :

- . Vitesse de sédimentation à 55%
- . Alpha 2 et gamma-globulines augmentées.
- . Intradermo-réaction à dix unités positive
- . Myélogramme : 5% de plasmocytes.
- . 25.700 globules blancs au Compte d'Addis, avec cyto-bactériologie urinaire stérile.
- . L'urographie intra-veineuse était normale, ainsi que le cliché pulmonaire.

Les recherches furent dès lors orientées vers deux étiologies :

- lithiase urinaire non radiologiquement visible
- tuberculose urinaire

La deuxième hypothèse s'avéra la bonne, avec bacilles de Koch absents à l'examen direct mais présents à la culture.

Le bilan fut dès lors complété par une cystoscopie et le patient mis au traitement anti-tuberculeux, d'ailleurs poursuivi en ambulatoire après deux semaines d'hospitalisation (apyrexie au dixième jour).

Obs. N° 7 , Madame D.... Marie, 79 ans.

Réponses au questionnaire

- . Aucun voyage en dehors de l'Europe
- . Aucun antécédent pathologique
- . Aucun traitement actuellement en cours
- . N'a pas été vaccinée par le B.C.G.
- . Ne peut fournir aucun renseignement quant à une éventuelle cuti.
- . Aucune prise habituelle de médicament
- . Aucune injection pendant les six derniers mois
- . Aucun malade dans son entourage
- . Fébrile depuis environ trois semaines.
- . Cette fièvre a débuté brutalement après une chute, elle s'est accompagnée de céphalées occipitales.
- . C'est la première fois de sa vie qu'elle a une fièvre durant plus de quinze jours.
- . Ses ennuis actuels comprennent : maux de tête, asthénie et anorexie.
- . Depuis la ménopause, elle n'a eu aucun saignement, aucune perte blanche, et aucune douleur.

L'examen clinique releva comme signes anormaux :

- . Muguet lingual
- . raideur "méningée" de la nuque
- . Babinski gauche
- . Hypertonie et tremblement des extrémités
- . Peau sèche
- . Légère obnubilation
- . La température le jour de l'examen était à : 37°9C à 8h.30.

Les examens complémentaires permirent de retrouver :

- . des candida au prélèvement de langue
- . une infection urinaire à E. COLI (10^7 germes par ml.)
- . leucocytose polynucléose
- . Augmentation des Alpha globulines
- . intradermo-réaction à la tuberculine positive
- . Compte d'Addis : 28.500 globules rouges, 37.000 Globules blancs.
- . ponction lombaire normale
- . électroencéphalogramme : anomalies lentes, intermittentes, diffuses.
- . Scintigraphie cérébrale normale.

En définitive, la notion de chute et les anomalies cliniques discrètes avaient pu faire évoquer un hématome intra-crânien. En fait, il s'agissait d'une simple concomitance de faits. Malgré l'absence de symptomatologie, c'était bien l'infection urinaire qui était en cause comme le confirma un succès rapide grâce à une antibiothérapie adaptée.

- - - - -

Obs. N° 8 , Madame R.... Joséphine, 76 ans.

Réponses au questionnaire

- . N'a jamais voyagé
- . Est actuellement en traitement pour une insuffisance cardiaque avec arythmie, un diabète (régime). On lui a dit qu'elle avait depuis plusieurs années un gros foie.
- . Huit mois auparavant, elle avait présenté un état grippal pendant cinq jours. Elle avait été à l'époque hospitalisée.
- . Aucune vaccination à sa connaissance
- . Prend un digitalique de façon continue
- . N'a pris aucun médicament pour cette fièvre qui dure depuis trois semaines entre 37°8C et 39°4C.
- . Aucune injection pendant les six derniers mois
- . Aucun malade dans son entourage
- . Aucun symptôme associé sinon un essoufflement modéré et une douleur de la base thoracique gauche.
- . Amaigrissement de huit kilogs dans le dernier mois.
Anorexie.

Cette dame est ménopausée depuis vingt cinq ans. Elle n'a eu aucun ennui gynécologique depuis.

A l'examen :

- . Syndrome pleural de la base gauche
- . Brady-Arythmie
- . Souffle diastolique d'insuffisance aortique 3/6.
- . Hépatomégalie à trois travers de doigt, ferme, lisse, indolore et à bord tranchant
- . Mobilité de la colonne cervicale diminuée.
- . Pouls tibiaux postérieurs non perçus
- . Aspect des urines troubles
- . Verrues séborrhéiques
- . Température 38°4 C à 16 heures

Au total, il s'agissait donc d'une femme de 76 ans ayant présenté une baisse d'état général importante au cours d'un tableau fébrile. L'examen clinique permettait de relever une suspicion d'épanchement pleural et une turbidité des urines.

En reprenant le dossier de l'hospitalisation précédente, on avait la surprise de découvrir outre la confirmation biologique d'une cirrhose, la présence de bacilles de Koch à la culture d'un seul examen de crachats et d'une hémoculture positive à E. COLI. Il était impossible de retrouver un cliché thoracique de cette époque.

Examens complémentaires :

- . Confirmation radiologique d'une pleurésie gauche abondante.
- . Infection urinaire à E. COLI (10^6 germes par ml)
- . Recherches de bacilles de Koch négatives dans les crachats, comme dans le liquide pleural qui était en outre stérile.
Ce liquide renfermait un taux élevé de protéines et un frottis cellulaire riche en lymphocytes.
- . Cuti-réaction négative et IDR à dix unités faiblement positive.
- . Myélogramme : 4% de plasmocytes.
- . Bacilles de Koch urinaires négatifs.

Malgré l'absence de symptomatologie proprement urinaire, la malade fut dans un premier temps soumise à un traitement antibiotique (Sulfamethoxazole - Trimethoprime) adapté au Coli.

Au bout de dix jours, la fièvre persistant et l'ensemble des résultats biologiques étant réunis, la malade fut mise au traitement anti-tuberculeux spécifique par INH + ETHAMBUTOL. Au bout de quarante huit heures la défervescence thermique était nette et l'apyrexie obtenue en cinq jours.

Cette apyrexie se maintenant plus de quinze jours après permettait d'affirmer la réelle valeur de ce test thérapeutique.

- - - - -

Obs. N° 9 , Mademoiselle T.... Lucie, 27 ans.

Réponses au questionnaire :

- . N'a jamais voyagé en dehors de l'Europe
- . Dans l'enfance, angines à répétition
- . Aucun traitement actuel
- . Aucune affection chirurgicale ou médicale dans les antécédents
- . A été vaccinée contre la typhoïde ainsi que par le B.C.G. , il y a huit ou dix ans. La cuti avait alors été trouvée positive.
- . Ne prend aucun médicament habituellement, mis à part des laxatifs de façon intermittente.
- . Pour cette fièvre, elle a pris de l'aspirine spontanément (à la dose de trois grammes par jour environ), mais l'a arrêtée au bout de quatre jours devant l'apparition de crampes d'estomac.
- . Aucune injection dans les six derniers mois.
- . Aucun malade dans l'entourage.
- . Présente de la fièvre depuis deux semaines environ entre 37°7 C et 38°4 C. Celle-ci a débuté rapidement, probablement en deux jours (?)
- . Mise à part une fatigue assez importante, elle n'a rien remarqué d'anormal. C'est la première fois qu'elle a ainsi de la fièvre. Elle n'a pas maigri et n'a ressenti aucun trouble.
- . Elle prend la pilule et n'a aucun problème gynécologique actuellement.

A l'examen clinique on ne relève que quelques adénopathies cervicales, de topographie occipitale, sous maxillaire et carotidienne droite; fermes et indolores.

- Température 37°8 C à 11 heures.

Parmi les examens complémentaires, la liste de base a été réalisée à l'exclusion de l'urographie intra-veineuse (Addis et cyto bactériologie normaux) et de la recherche de bacilles de Koch (I.D.R. faiblement positive, B.C.G., absence de symptomatologie fonctionnelle, physique et radiologique pulmonaire.)

- Vitesse de sédimentation : 45%
- Numération formule : 4700 globules blancs avec lymphomonocytose et cellules hyperbasophiles.
- Myélogramme : 2 à 4% de plasmocytes
- Electrophorèse : augmentation des Alpha 2 et Gamma-globulines.

Ce cas clinique se présentait avec deux "poteaux indicateurs" : adénopathies cervicales et lymphomonocytose.

Parmi la liste de deuxième intention, furent donc demandés les séro-diagnostic de mononucléose infectieuse et toxoplasmose.

Il s'agissait effectivement d'une toxoplasmose.

Le diagnostic prit une semaine pour être réalisé.

A signaler pour mémoire que cette jeune femme ne possédait pas de chat....

- - - - -

Obs. N° 10 , Monsieur B.... Ernest, 68 ans.

L'histoire de cet homme est assez particulière, illustrant bien le retard apporté au diagnostic par un manque de méthodologie.

En effet, hospitalisé pour lipothymies avec sensations vertigineuses survenant depuis six mois, le malade se plaignait également de perte d'appétit, fatigue générale, nausée et digestion lente et pénible. Il n'y avait pas d'amaigrissement récent. Parmi les antécédents, on relevait un éthylisme certain, une bronchopneumonie il y a une quinzaine d'années, une insuffisance cardiaque avec arythmie et "souffle au coeur". Sur le plan chirurgical, intervention sur deux hernies inguinales et appendicectomie.

L'examen clinique relevait une insuffisance aortique à 1½/6 une insuffisance mitrale à 3/6, hépatomégalie indolore à quatre travers de doigt, maladie de Dupuytren, souffle fémoral bilatéral, surdité gauche (bouchon de cerumen), pâleur cutanéomuqueuse.

Biologiquement on notait des signes de défaillance hépatique et une anémie normochrome, une hypergamma globulinémie à 24%, une polynucléose à 11.900 blancs avec 78% de polynucléaires.

A l'occasion de notre premier contact avec ce malade, nous eûmes la surprise de remarquer que ce malade était fébrile depuis quinze jours avec sur les trente prises de température, treize chiffres supérieurs aux normes définies dans notre étude. Le maximum atteint était de 38°7C . A l'auscultation, l'insuffisance aortique était à 3/6, mais cette intensité devait tenir compte de l'état anémique qui s'était un peu accentué. En reprenant l'interrogatoire, le malade avouait avoir ressenti des sueurs et quelques frissons dans les huit jours précédant l'hospitalisation. Dès lors, le diagnostic d'endocardite infectieuse était très probable; il fut confirmé par la présence dans la totalité des hémocultures pratiquées d'un streptocoque du groupe D. A signaler que le fond d'oeil ainsi que le Compte d'Addis étaient normaux. Au total, le diagnostic prit quatre jours pour être réalisé, temps nécessaire au résultat des hémocultures compte tenu du fait qu'un dimanche s'intercalait dans ce laps de temps.

- - - - -

Obs. N° 11 , Madame L.... Marie-Anne, 69 ans.

Réponses au questionnaire :

- . Aucun voyage en dehors de l'Europe
- . Parmi les antécédents : Tuberculose pulmonaire trente ans auparavant, ictère de diagnostic incertain, il y a dix huit ans, ulcère gastrique opéré six ans auparavant.
- . On lui aurait parlé depuis longtemps d'un gros foie.
- . Actuellement, aucune maladie en traitement
- . Aucune vaccination vérifiable
- . A suivi un traitement pour cette fièvre, prescrit en ville après une évolution d'une huitaine de jours (ampicilline pendant dix jours). Cette antibiothérapie a été un échec, la température oscillant entre 38°5 C et 39°2 C.
- . Dans l'entourage, aucune maladie particulière ne peut être retrouvée.
- . La fièvre persiste depuis vingt trois jours. Elle a débuté rapidement et s'accompagne de divers troubles : douleurs épigastriques sans périodicité, anorexie amaigrissement de trois kilogrammes, asthénie, crampes nocturnes des mollets, petite diarrhée intermittente.
- . Aucun trouble d'ordre gynécologique.

Examen clinique :

- . Hépatomégalie à un travers de main et'demie, dure, à bord tranchant.
- . Petite ascite (matité déclive)
- . Limitation un peu douloureuse des mouvements des hanches.
- . Hémorroïdes
- . Mycose unguéale
- . Caries dentaires
- . Circulation collatérale abdominale.
- . Troubles psychiques à type de somnolence entrecoupée de phases d'agitation.

L'ensemble des examens complémentaires de la liste de base permet de relever :

- . Coxarthrose bilatérale
- . Calcifications et images nodulaires du sommet droit
- . Bilan hépatique typique de cirrhose
- . Anémie macrocytaire normochrome
- . Pas d'hyperleucocytose ni de polynucléose
- . Bactériologie urinaire : E. COLI (10^6 germes par ml.)
- la malade était sondée -.
- . Alphafoeto-protéine négative
- . Gamma G.T. à 275 unités (normale = inférieure à 50)
- . Alpha 2 et gamma-globulines augmentées
- . Intradermo-réaction à dix unités faiblement positive
(une cuti-réaction pratiquée antérieurement était négative).
- . Dix hémocultures négatives
- . Recherche de bacilles de Koch négatives à l'examen direct aussi bien par tubage gastrique que dans les urines.
- . Myélogramme normal

L'antibiothérapie adaptée aux germes urinaires (gentamycine pendant huit jours) ne fit absolument pas tomber la fièvre.

Celle-ci étant somme toute assez bien supportée, quoique évoluant jusqu'à un maximum de $39^{\circ}7$ C, la liste de deuxième intention fut abordée, aucun fait nouveau n'étant apparu sur le plan clinique.

L'ensemble des examens sanguins fut normal, l'électro-encéphalogramme n'objectiva qu'un ralentissement global, la laryngoscopie montra un aspect de laryngite chronique chez cette femme tabagique.

La ponction lombaire était normale.

La laparoscopie montra un foie typique de cirrhose et l'absence d'anomalies d'un autre ordre spécialement au niveau vésiculaire.

A ce stade, la malade ne recevait aucune thérapeutique sinon des mesures de réhydratation et de réalimentation visant à corriger les désordres ioniques et nutritifs et une antibiothérapie à l'aveugle par minocycline. Au bout de huit jours de ce traitement, la fièvre qui se maintenait immuablement céda aussi brutalement que spontanément, gardant ainsi le mystère de son origine.

- - - - -

Obs. N° 12 , Monsieur Del Louis, 40 ans.

Réponses au questionnaire :

- . Aucun voyage en dehors de l'Europe
- . Angines fréquentes depuis l'enfance. N'en aurait pas eu depuis deux ans.
- . Connus depuis huit ans comme étant porteur d'une glomérulonéphrite chronique de début imprécis (douze ans auparavant ?)
- . Sept ans avant l'hospitalisation actuelle, incision d'un abcès amygdalien.
- . Actuellement ne prenait aucun traitement, n'avait jamais été opéré.
- . Pas de vaccination certaine en état de validité.
- . Pas de vaccination par le B.C.G.
- . Cuti encore jamais pratiquée. (avait pourtant été hospitalisé pour son problème rénal...??)
- . Son histoire actuelle remonte à deux mois avec une angine traitée par pénicilline intra-musculaire pendant dix jours; ayant rechuté une semaine après, traité alors pendant cinq ou six jours de pénicilline orale à la dose de 3.000.000 d'unités par jour.
- . Actuellement, depuis un mois, fièvre entre 38°C et 38°5C accompagnée d'anorexie, asthénie, arthralgies des poignets, des coudes et des épaules, et enfin de myalgies.
- . Pas d'amaigrissement notable (un kilog)
- . Douleurs à la déglutition.
- . Vague douleur épigastrique sans périodicité durant plus d'un an.

Cette dernière notion n'avait pas été retenue lors du premier interrogatoire, mais à l'occasion d'une reprise de celui-ci en cours de séjour.

A l'examen clinique :

- . Foie perçu à un travers de doigt, lisse et indolore.
- . Gorge rouge avec volumineuse amygdale gauche qui semble tuméfiée.
- . Teint pâle.

Parmi les examens complémentaires :

- . Albuminurie évoluant entre deux et trois grammes par vingt quatre heures.
- . Addis perturbé pour les rouges comme pour les blancs, tracé protéinurique sélectif à l'immuno-électrophorèse.
- . Anticorps anti-streptococciques normaux.
- . Augmentation des Alpha et gamma-globulines
- . A la consultation spécialisée O.R.L., le diagnostic fut porté d'un volumineux abcès péri-amygdalien qui fut incisé de suite, révélant un pus franc très abondant. La fièvre tomba en quarante huit heures après l'incision de l'abcès et pénicillino-thérapie.
- . Le reste des examens de la liste de base fut normal.

C'est lors d'un entretien anodin, en cours d'hospitalisation, que furent relevées les douleurs épigastriques mentionnées ci-dessus.

- . Le transit gastrique pratiqué alors par sécurité révéla des images lacunaires prépyloriques et de la grande courbure.
- . L'endoscopie et les biopsies confirmèrent le diagnostic d'adénocarcinome.
- . La laparoscopie était normale.

Mais, l'intervention fournit une fâcheuse surprise devant un envahissement ganglionnaire et péritonéal.

En fait, d'après l'histoire clinique, il semble qu'on puisse innoncenter totalement ce néoplasme gastrique vis à vis de la fièvre.

- - - - -

Obs. N° 13 , Monsieur SA.... Julien, 60 ans.

Cet homme fut hospitalisé pour un début d'encéphalopathie de GAYET-WERNICKE associé à une hépatite aigüe alcoolique.

Au début de son séjour, malgré les troubles psychiques et de l'attention, quelques antécédents purent être retenus : "gastrite", nombreux accidents de la circulation, aucune intervention chirurgicale, bronchite chronique, tabagisme et alcoolisme importants. Une fièvre à 38°C en plateau fut d'abord mise sur le compte de l'hépatite aigüe alcoolique biologiquement certaine. Parmi le bilan d'entrée figurait un compte d'Addis (strictement normal) demandé devant une pollakiurie. Cette fièvre ne cédant pas, alors que tous les symptômes hépatiques et neuro-psychiques avaient regressés, une enquête fut déclenchée au dix huitième jour.

Le questionnaire proposé au malade n'apporta aucun fait nouveau. Il n'existait pas d'amaigrissement et aucun autre trouble de l'état général. Le malade vivait à la campagne, et affirmait de nouveau n'avoir jamais été malade.

A l'examen clinique, on pouvait relever :

- . Hépatomégalie à deux travers de doigt, ferme et à bord tranchant.
- . Maladie de DUPUYTREN
- . Réflexes vifs
- . Petit tremblement des extrémités
- . Angiodermite pigmentée des membres inférieurs.
- . Petite scoliose
- . Denture en mauvais état
- . Petit adénome prostatique

A ce stade, on pouvait se poser la question de la date de début réel de cette fièvre très bien supportée, sans aucun signe d'accompagnement, et immuablement accrochée à 38°C.

Les examens paracliniques objectivaient :

- . Petite flaque hémorragique nasale gauche au fond d'oeil
- . Stigmates biologiques de cirrhose au début
- . Anémie macrocytaire normochrome, normosidérémique.
- . Leucocyturie au compte d'Addis et présence d'un citrobacter (10^5 germes par ml) à la cytotactériologie urinaire.

Cette infection ne pouvait apparemment être tenue pour responsable de la fièvre car le compte d'Addis à l'entrée était normal alors que la fièvre était déjà présente.

L'antibiothérapie spécifique fut d'ailleurs sans effet sur l'hyperthermie.

De fait, en reprenant la radiographie pulmonaire pratiquée à l'entrée, il existait un discret infiltrat sous et rétro-claviculaire droit, qui fut confirmé par les tomographies.

L'expectoration étant absolument nulle, trois tubages gastriques furent pratiqués à la recherche de bacilles de Koch, l'un des trois revint positif dès l'examen direct, et le malade mis sans attendre à une triple antibiothérapie spécifique.

A signaler que l'intradermo-réaction à dix unités était très positive alors que la cuti pratiquée à l'entrée ne l'était que faiblement.

- Dès le onzième jour de traitement l'apyrexie était obtenue.

- - - - -

Obs. N° 14 , Monsieur L.... Jean, 63 ans.

Réponses au questionnaire :

- . Aucun voyage en dehors de l'Europe
- . Parmi ses antécédents : une pleurésie d'origine inconnue à l'âge de cinq ans, un épisode fébrile, il y a quatre ans, ayant cédé à des antibiotiques (trois semaines).
- . Aucune maladie actuellement en traitement.
- . Aucune intervention chirurgicale.
- . Vacciné par le B.C.G. (quatre ans auparavant).
- . Aucune prise habituelle de médicament.
- . Pour cette fièvre, avait pris de la spiramycine, pendant quatre ou cinq jours.
- . Pas d'injection ces derniers six mois.
- . Pas de malade dans l'entourage
- . Fébrile depuis plus de deux semaines.
- . Le début a été brutal
- . Au moment où a commencé la fièvre, se plaignait de douleurs pharyngées à la déglutition, de frissons et de sueurs.
- . A maigri de neuf kilogs en quinze jours environ.
- . Se plaint également de douleurs intermittentes dans l'épaule gauche.

A l'examen clinique on notait :

- . érythrose du visage
- . subictère conjonctival
- . gros foie ferme, lisse, indolore, perçu à deux travers de doigt. Cette hépatomégalie était connue depuis longtemps en médecine du travail; d'ailleurs un éthylisme modéré était spontanément avoué.
- . sueurs abondantes.
- . dépôt blanchâtre sur l'amygdale gauche.

Examens complémentaires :

- . bilan radiologique, y compris l'urographie intra-veineuse, normal.
- . cholangiographie intra-veineuse : vésicule bien opacifiée, non lithiasique, mais cholédoque jamais visible.
- . examens bactériologiques négatifs.
- . parmi les examens sanguins : vitesse de sédimentation à 80 mm.
- . Leucocytose à la limite supérieure de la normale, augmentation des Alpha 1, Alpha 2 et bêta-globulines à l'électrophorèse.
- . bilan hépatique standard évoquant une stéato-fibrose sans cirrhose vraie, entre autres par la B.S.P. à 0,077 et les gamma G.T. à 70.
- . cuti-réaction négative et I.D.R. à dix unités faiblement positive.
- . Myélogramme normal
- . Compte d'Addis normal
- . Pré-diabète
- . Prélèvement de gorge : streptocoque bêta hémolytique (sensible à l'ampicilline).

A ce stade, une piste fut suivie : celle de la lithiase cholédocienne, d'autant que des recherches urinaires de sels et pigments biliaires furent positives deux jours de suite.

Le malade fut mis à l'ampicilline, puis à la tobramycine, sans succès (dix jours) et une tentative infructueuse de cathétérisme rétrograde du cholédoque laissa persister le problème. Le bilan hépatique ne montrait aucune cholestase. Les antibiotiques changés sans succès (association de thiamphénicol + mynocyline pendant huit jours) en raison de la fièvre persistante, à grands clochers, et d'une allergie cutanée massive à l'ampicilline.

Dès lors, les examens de deuxième intention furent abordés :

- . Laparoscopie montrant un foie évocateur de stéato-fibrose (biopsie réalisée confirmative), et une vésicule normale.
- . immuno-électrophorèse non significative.
- . anticorps anti-streptococciques et anti-staphylococciques normaux.
- . sérologies de toxoplasmose, mononucléose, distomatose, hydatidose, leptospiroses, rickettsioses, griffes du chat : toutes négatives.
- . latex et Waaler-Rose négatifs.
- . laryngoscopie normale
- . scintigraphie hépatique : hépatomégalie avec fixation homogène du traceur, petite splénomégalie.
- . présence d'anticorps anti-mitochondries à un taux notable.

Aucune orientation n'étant apparue, des rendez-vous avaient été pris pour effectuer une biopsie d'artère temporale et lymphographie, quand un examen clinique, systématiquement refait une fois par semaine au complet, permit de retrouver une petite adénopathie jugulo-carotidienne basse et deux plus volumineuses dans la région sus-claviculaire gauche.

Le malade fut alors confié au chirurgien pour biopsie-exérèse, avec l'arrière pensée d'une maladie de HODGKIN.

Quelques jours après, la réponse anatomo-pathologique causait une (bonne) surprise : Il s'agissait d'une adénite non spécifique sans aucun signe suspect de malignité. La bactériologie était stérile. La lymphographie abdominale pratiquée pendant ce temps pouvait être considérée comme normale.

Le patient mis aux corticoïdes à faible dose vit sa fièvre chuter en quarante huit heures et l'apyrexie se maintenir, lui permettant de quitter l'hôpital une semaine après... mais sans diagnostic précis.

- - - - -

CONCLUSION

L'idée de remplacer certaines habitudes, des bonnes volontés certes, mais aussi parfois le hasard est-elle dans certains domaines médicaux une utopie ?

Nous nous sommes efforcés dans ce travail de bâtir une conduite pratique rationnelle dans le cas particulier des fièvres prolongées. Guidant nos choix par les tranches de fréquence étiologique et par l'étude détaillée de chaque affection causale, nous proposons un protocole d'étude.

Celui-ci porte aussi bien sur les questions à poser au malade que sur un examen physique programmé et un ensemble d'examens paracliniques.

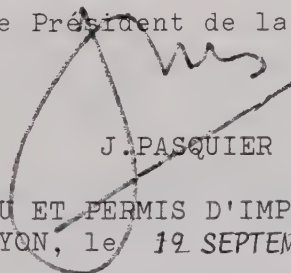
Cette proposition de méthode d'étude systématisée a été confrontée au jugement de la réalité des faits, face à soixante cinq cas de fièvre prolongée.

L'ensemble de cette étude nous a permis tout d'abord d'individualiser les fièvres associées à de faux signes d'orientation, celles liées à de véritables "poteaux indicateurs" et enfin les fièvres "nues".

Par ailleurs, il nous a apporté la confirmation de notre hypothèse de départ : un protocole permet ordinairement d'arriver au diagnostic plus rapidement, à un moindre coût et avec moins de désagrément pour le patient, le côté pratique restant indissociable du souci du malade.

Ce type de protocole permettra-t-il d'arriver au diagnostic plus souvent? C'est là un problème essentiel pour lequel nous ne pouvons actuellement conclure, manquant encore de recul par rapport aux modes de recherche classique.

Le Président de la Thèse :


J. PASQUIER

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 12 SEPTEMBRE 1977

Vu, le Directeur de l'U.E.R.
GRANGE-BLANCHE,

Le Président de l'Université
Claude Bernard
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales,

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ABI-EL-LAMAH (F.)
Fièvres prolongées inexpliquées au départ.
Thèse Paris, 1961 - 1007

- 2 - ALMERSJO (O.)
Accuracy of diagnostic tools in malignant hepatic lesions.
A comparative study using serum test, angiography, scintiscanning and laparotomy.
Amer. J. Surg 1974, 127 : 663 - 638

- 3 - AMBROISE THOMAS (P.)
Place actuelle de la sérologie parasitaire dans le diagnostic et le contrôle post-thérapeutique des parasitoses.
Cah. Médic. Lyonnais, Février 1970 - 46 N° 7

- 4 - AMBROISE THOMAS (P.)
Rôle du laboratoire en pathologie parasitaire
Cah. Médic. Lyonnais, Novembre 1971 - 47 N°35

- 5 - AMIEL (J.L.) et al.
One hundred and thirty five laparotomies and splenectomies for Hodgkin's disease.
Bull. Cancer, 1971 - 58, 167.

- 6 - AMIGO (M.L.)
Un hôpital de médecine générale :
L'Hôpital Sainte Croix de Lyon - Tome 2 -
Thèse Lyon, 1975 - N°61

- 7 - ANDREWS (J.) and REIDY (R.)
Fever : fact or factitious
New Physician, 1971 - 20

- 8 - ANTHOINE (D.) et coll.
Le diagnostic des miliaires pulmonaires
Journal des Agrégés, Janv. 1973 - 6, 1.

- 9 - APPELBAUM (E.)
The problem of fever of unknown origin.
Bull New-York Acad. Méd. 1967 - 43

- 10 - ARMENGAUD (M.) et AUVERGNAT (J.C.)
Examen clinique d'un malade fébrile
Gaz. Méd. Fr. 1971 - 78

- 11 - ARMENGAUD (M.) DALOUS (J.) et MONNIER (P.)
Les états fébriles prolongés.
Rev. Méd. Toulouse 5, N° 8, Oct. 1969 - 1019-1034

- 12 - ATKINS (E.) et All.
Fever
New Engl. J. Méd. 286, Janv. 1972.
- 13 - ATKINSON (K.), KAY (H.) and MC ELWAIN (J.)
Fever in the neutropenic patients
Brit. Méd. J. 1974, - 3/5924
- 14 - AUBERTIN (J.) et coll.
Les infections chez les cancéreux.
Paris 1976 - Masson Ed.
- 15 - AUBERTIN (J.)
Les examens complémentaires dans le diagnostic
des fièvres prolongées.
J.Méd. Bordeaux 142, AOÛT 1965 - N° 8
- 16 - AUBERTIN (E.)
Les fièvres qui n'en sont pas ou qui ont été
provoquées.
Gaz. Hôp. 1965 - 137
- 17 - AUBERTIN (E. et J.)
Fièvres au long cours, manifestations d'un
processus malin latent.
Gaz. Hôp. 1963 - N° spécial.
- 18 - AUBERTIN (J.), LENG (B.), LACUT (J.Y.), BOGET (J.C.),
LEGALL (F.), LENG-LEVY (J.)
La fièvre chez les cancéreux, un symptôme à ne pas
négliger.
Sem. Hôp. Paris 1972 - 48 N° 25 - 1291 - 1308.
- 19 - AUBERTIN (J.), LENG (B.), LACUT (J.Y.) et
BUY (E.).
Les fièvres prolongées. Etude critique de 400
observations.
Bordeaux Méd. N° 9, Mai 1974.
- 20 - AUBERTIN (E.) et Coll.
Reticulopathies malignes diagnostiquées par la
lymphographie.
Bordeaux Méd. Sept. 1964 - 9.
- 21 - BAKER (R.R.), TUMULTY (P.A.) and SHELLEY (W.M.)
The value of exploratory Laparotomy in fever of
undetermined etiology.
John Hopkins, Méd. J., Sept 1969 - 125 : 159-170.

- 22 - BANSILLON (V.) et HENANE (R.)
Les échanges thermiques chez les grands brûlés :
étude en phase aiguë et après guérison.
(communication personnelle)
- 23 - BARBIER (P.)
Le point de vue du biologiste sur les fièvres
prolongées.
Assises de Médecine 1965, 23ème année - N° 5
- 24 - BARR (J.)
Laparotomy in cases of unexplained fever.
Acta Pathol. Microbiol. Scand. 1970 -A.78,495.
- 25 - BARR (J.), MAGNUSSON (P.) and WALLENSTEN (S.)
Diagnostic laparotomy in cases of obscure fever.
Acta. Chir. Scand. 1972, 138 : 152 - 158.
- 26 - BARRES (G.)
Thermo-régulation et physiopathologie de la
fièvre.
Rev. Prat. Nov. 1971, 21 - 28.
- 27 - BASTIN (R.)
Le praticien et les fièvres prolongées.
Rev. Prat. Nov. 1971, 21 - 28.
- 28 - BASTIN (R.), MORIN (M.), FROTTIER (J.), et
VILDE (J.L.)
Maladies infectieuses et parasitaires
Pathologie médicale - Tome 9, "La Fièvre".
Flammarion 1971.
- 29 - BAULIEU (E.E.)
Fièvre, étiocholanolone, stéroïdes pyrogènes
et maladie périodique.
Rev. Franç. Etud. Clin. Biol., 1961 - 6.
- 30 - BAYLE (J.J.)
La Laparoscopie en pathologie digestive.
Lyon Méd., Mai 1975 - 233 - 9 .
- 31 - BEATY (H.N.) and PETERSDORF (R.G.)
Significant of fever in patients with malignant
disease.
Geriatrics 1967, - 22.
- 32 - BENNETT (J.L.)
Consideration of fever of undetermined origin.
J.A.M.A., Georgis, Sept., - 56 - 45.

- 33 - BEN-SHOSHAN (M.), GIUS (J.A.) and SMITH (I.M.)
Laparotomy for fever
Surg Gynec. Obst. 1971 - 132, 6 : 994 - 996.
- 34 - BERMAN (B.)
A review of fever of unknown origin.
Sinaï Hosp. J. 1956 - 5.
- 35 - BERNADOU (A.) et CADIOU-GUILLERM (M.)
Quand faire une ponction ganglionnaire ?
Rev. Praticien XXIV N°40, Sept. 1974.
- 36 - BERNARD (J.P.), DESPIERRES (G.) et TOURAINE (R.)
Les formes fébriles de la sarcoïdose thoracique.
Lyon Méd, 1971 - 225.
- 37 - BERTOYE (A.)
Comment établir le diagnostic d'une fièvre prolongée d'origine infectieuse.
J.Méd. Lyon, Mai 1965 - 46 : 967 - 980.
- 38 - BERTOYE (A.), BERTRAND (J.L.), WOEHRLE (R.),
et MASSOL (R.)
Diagnostic étiologiques des fièvres prolongées.
Gaz. Méd. Fr., 1971 - 78 - 22 : 3553 - 3564.
- 39 - BERTRAND (L.)
Diagnostic d'une pyrexie prolongée.
Montpellier Méd. 1964, - 107, 26.
- 40 - BEUCLER (A.)
Les fièvres au long cours d'étiologie infectieuse.
Les entretiens de TENON 1976 - 1977.
Expansion scientifique.
- 41 - BEZSONOFF (D.) et coll.
Les statistiques épidémiologiques des Armées.
Méd. et Armées, 1975 - 3, 8.
- 42 - BISMUTH (H.) et coll.
Apport de la laparotomie au diagnostic des fièvres inexplicables.
Chirurgie, 1976 - 102, 7.
- 43 - BONDY (P.), COHN (G.), GREGORY (P.)
Etiocholanolone fever
Médecine, 1965 - 44.

- 44 - BONNAUD (E.) et HENRY (P.)
Biopsie musculaire :
 a) Quand la demander ?
 b) Comment la pratiquer et l'interpréter?
Concours Médical 97-43, Déc. 1975.
- 45 - BOTTIGER (L.E.)
Fever of unknown origin, with some remarks on
the normal temperature in man.
Acta. Méd. Scand., 1953 - 147, 133.
- 46 - BOTTIGER (L.E.)
Fever of unknown origin (- III - IV -)
Acta. Méd. Scand., 1957 - 156, 6.
- 47 - BOTTIGER (L.E.) and MOLIN (L.)
Fever and elevated erythrocyte sedimentation
rate.
A cross study through a Medical department.
- 48 - BOUREE (P.)
Diagnostic d'une fièvre tropicale.
Vie Méd. 4, 58 - Fév. 1977, 1.
- 49 - BOUSSER (J.) et DAO (Ch.)
Les fièvres des hémopathies.
Rev. Prat. Nov. 1971, - 21, 29.
- 50 - BRETTE (R.), BARTHE (J.) et TISSOT (A.)
Les fièvres prolongées d'origine thérapeutique.
J. Méd. Lyon, Mai 1965, - 1077.
- 51 - BREWIS (E.G.)
Undiagnosed fever.
Brit. Méd. J. 1965, - 5427
- 52 - BRISSOT (P.) et Coll
Le Système ADM
Un système d'aide au diagnostic médical par
l'informatique.
Application à la Médecine Interne et à l'Hépatologie.
Nouvelle Presse Médicale, Juin 1975, - 4 N°26.
- 53 - BROWDER (A.), HUFF (J.) and PETERSDORF (R.)
The significance of fever in neoplastic disease.
Ann. Int. Méd. 1961, - 6, 55.
- 54 - BULLETIN HEBDOMADAIRE D'INFORMATION EPIDEMIOLOGIQUE
Publié par la Direction Centrale d'Action Sanitaire
et Sociale.
Ministère de la Santé, 20, rue Destrée - 75007 PARIS

- 55 - BUREAU (J.)
L'Ere logique, collection "Le Monde qui se fait"
Robert Laffont 1969.
- 56 - BUY (E.)
Les fièvres prolongées (à propos de 400 cas)
Thèse, Bordeaux 1972, N° 253
- 57 - CABANAC (M.) and MASSONNET (B.)
Temperature regulation during fever :
Change of set point or change of gain ?
A tentative answer from a behavioural study
in man.
J. Physiol. (London) 1974 - 238.
- 58 - CACHIN (M.) et LAUNOIS (J.P.)
La fièvre au cours des cirrhoses
Rev. Prat., 1971 - 29.
- 59 - CADOZ (M.)
Les fièvres prolongées d'étiologie non
infectieuse.
Les entretiens de TENON 1976-1977.
Expansion Scientifique.
- 60 - CALAMY (G.)
Comment reconnaître un état septicémique ?
Concours Méd. Déc. 1975, - 97, 44.
- 61 - CAMILLERI (J.P.)
Indications et limites de la biopsie
hépatique en hématologie.
Sem. Hôp. Paris 1974, - 50 : 1613, 1618.
- 62 - CAPRON (A.), WATTRE (P.), CAPRON (M.) et
LEFEBVRE (M.N.)
Diagnostic immunologique des parasitoses.
Gaz. Méd. France 1973 - 3.
- 63 - CAPRON (A.), WATTRE (P.), CAPRON (M.) et
LEFEBVRE (M.N.)
Le diagnostic biologique moderne des para-
sitoses humaines.
Rev. Prat. 1972, - 22.
- 64 - CAROLI (J.) et RICORDEAU (P.)
Indications respectives et place actuelle
en hépatologie de la laparoscopie et de la
ponction-biopsie du foie.
Rev. Prat., 1962 - 12, 6 : 601 - 610.

- 65 - CAROLI (J.), RIBET (A.) et PARAF (A.)
Précis des maladies du foie, du pancréas
et des voies biliaires.
Masson Edit. 1975, P. 152 à 174.
- 66 - CASANOVA (P.)
Le diagnostic d'une fièvre prolongée.
Marseille Méd. 1968, - 105
- 67 - CASTAIGNE (P.)
Diagnostic des fièvres prolongées.
Rev. Prat. 1952, - 25
- 68 - CATHALA (J.) et coll.
Quel plan d'investigation faut-il prévoir
pour reconnaître l'origine d'une fièvre
prolongée chez l'adulte ?
Press. Méd. 1964, - 72.
- 69 - CHARBONNIER (A.), LOPERA (J.P.), SCHULLER (Ch.)
L'exploration des tumeurs abdominales par
l'échographie.
Concours Méd. Juin 1977, - 99-25 : 4160 - 4181
- 70 - CHARMOT (G.)
Les états fébriles après retour des pays chauds.
Rev. Prat. Tome XXV, N° 29 - Mai 1975.
- 71 - CHOUBRAC (P.) et HAAS (Ch.)
Les réactions cutanées tuberculiniques en pratique
courante.
Revue Praticien Tome XXIV N° 20 - 1974.
- 72 - CHRISTOL (D.)
Diagnostic des fièvres prolongées.
Monde Méd. 1967, - 77 N° 1045
- 73 - CIURANA (A.J.) et BERTRAND (L.)
Les fièvres infectieuses et parasitaires.
Revue Prat. Nov. 1971, - 21
- 74 - COEUR (P.)
Le myélogramme : indications, résultats et place
dans l'exploration clinique de la moelle osseuse.
Cah. Méd. Lyonnais 1, 12 - Nov. 1975
- 75 - CONN (H.O.)
Percutaneous versus peritonoscopy liver biopsy.
Gastroenterology Déc. 1972, - 63 -N°6 : 1074-1075.

- 76 - CORTET (A.)
Statistique de 48 fièvres prolongées.
Assises de Médecine - 23ème année-4- Sept. 1965.
- 77 - CREYSSEL (R.), REVILLARD (J.P.), VINCENT (D.)
et Coll.
L'électrophorèse, l'immunoélectrophorèse et
leurs applications cliniques.
Lyon Méd. 1974, - 232, 18.
- 78 - CROIZAT (P.), REVOL (L.) et MOREL (P.)
Savoir interpréter un examen hématologique.
Maloine 1970.
- 79 - CROSNIER (R.)
Epidémiologie et pathologie générale infectieuse.
Maloine S.A. 1964.
- 80 - CUNY (G.) et FAYS (J.)
La fièvre au cours des états néoplasiques.
Ann. Méd. Nancy, 4 - 1965.
- 81 - DARGENT (M.)
Les fièvres cancéreuses.
Journ. Méd. Lyon, Mai 1965 - N° 46.
- 82 - DARGENT (M.)
Les syndromes paranéoplasiques
Cah. Méd. Lyon., Mai 1974 - 50 -20.
- 83 - DAVID (M.)
Fonctionnement et étude statistique d'un service
de médecine générale d'un hôpital de 2ème catégorie.
Thèse, Lyon 1971, N° 30.
- 84 - DEPAILLAT (A.)
Le point de vue du clinicien sur les fièvres
prolongées.
Assises de Médecine 23, 1965 - Tome XX
- 85 - DESJARDINS (P.) et GOSSELIN (G.)
Pyrexies d'origine indéterminée. Classification
étiologique. Moyens diagnostiques.
Union Méd. Canada 1962, - 91
- 86 - DESPIERRES (G.)
Les fièvres prolongées d'origine tuberculeuse.
Journ. Méd. Lyon 46, 1077 - Mai 1965.
- 87 - DESPIERRES (G.)
La tuberculose, hier, aujourd'hui, demain.
Lyon Méd. 236 - 18, Nov. 1976.

- 88 - DEVIC (J.)
La vitesse de sédimentation globulaire.
Valeur séméiologique.
Corrélations avec d'autres signes
d'inflammation.
Thèse Méd. Lyon 1973, N° 286
- 89 - DOMART (A.)
Les fièvres d'origine thérapeutique
(allergie)
Rev. Prat. Nov. 1971, - 21,28.
- 90 - DOMART (A.) et Coll.
Quel plan d'investigation faut-il prévoir
pour reconnaître l'origine d'une fièvre
prolongée chez l'adulte ?
Confrontations thérapeutiques de l'hôpital
Necker.
Presse Méd. 72, N° 16, Mars 1964.
- 91 - DOMART (A.) et Coll.
Place de la lymphographie dans les états
fébriles prolongés et inexpliqués.
Ann. Méd. Inter. 1972, 123-5 : 549,554.
- 92 - DUCLAUX (R.) et GRANIER (M.)
La fièvre. Essai d'interprétation physio-
pathologique.
Cah. Méd. Lyonnais, Juin 1974 - 50, 25.
- 93 - DUFOUR (A.)
Les fièvres urinaires
Rev. Prat. Nov. 1971, 21-29
- 94 - DULONG de ROSNAY (C.) et AUBERTIN (E. & J.)
Difficultés actuelles du diagnostic bacté-
riologique des maladies infectieuses.
J.Méd. Bordeaux 1958, 135.
- 95 - DUNCAN (W.R.)
Physical examination...complete ?
J.Am. Coll. Health Assoc. 19, Apr. 71.
- 96 - DURAND (J.C.)
La signification de la fièvre au cours des
néoplasmes.
Vie Méd. 1970, - 51
- 97 - DURAND (M.), FIORNI (B.), LACUT (J.Y.) et
CHAUVERGNE (J.)
Fièvres et infections en cancérologie médicale.
Enquête épidémiologique.
Bordeaux Méd. N° 9, Mai 1974.

- 98 - DUREUX (J.B.), JEANDIN (F.) et CANTON (P.)
Les fièvres prolongées d'origine infectieuse.
Ann. Méd. Nancy 1965, - 4.
- 99 - EFFERSON (P.)
Patients with continuons fever at the department
of contagious diseases : Blegdam Hospital
Copenhagen 1960/63.
Danish Med. Bull. 1968, - 15.
- 100 - EFFERSON (P.)
Fever of unknown origin : a follow-up study of
34 patients discharged without diagnostic.
Danish Med. Bull. 1968, - 15.
- 101 - EYCKMANS (L.) et Al
Un explained fever : seven year experience
Acta. clin. Belg. 28 July 73.
- 102 - FAGOLA (M.)
L'artériographie coeliaque et mésentérique : son
apport en hépatologie (à propos de 120 examens).
Thèse Bordeaux 1969.
- 103 - FAIVRE (G.) et Coll.
Les fièvres prolongées des cardiaques.
Ann. Méd. Nancy, Oct. 1965 - 4.
- 104 - FLIPPIN (H.F.)
Fever of undetermined origin : clinical notes
on blind therapy and aimless laboratory testing.
G.P. 18, 105 - 1958.
- 105 - FOURRIER (A.)
Les fièvres prolongées infectieuses.
Lille Méd. 1965 - 10.
- 106 - FRANSEN (H.) and BOTTIGER (L.E.)
Fever of more than two weeks duration.
Acta Med. Scand. 1966
- 107 - FRAYNA (R.) and UWAYDAH (M.)
Fever of unknown origin. A study of 49 cases.
Leb. Med. J. 1973, 26 : 1.
- 108 - FRUCHTER (J.)
Le généraliste face à ...la fièvre.
Vie Méd. Avril 1975, - 4.
- 109 - GAIDAMOUR (Cl.) et coll.
Le médecin, le biologiste et les examens de
laboratoire.
Concours Méd. 99 - 1/2 Janv. 1977.

- 110 - GARIN (J.P.)
La pathologie des retours de voyages en pays
exotiques.
Lyon Méd. 1974, 231.
- 111 - GASQUET (Ch.) et Coll.
Lymphographie normale et pathologique
Concours Méd. Oct. 1976, - 98-36.
- 112 - GAULTIER (M.), TARGOWLA (M.), GERVAIS (P.)
LEPERCHEY (F.)
Fièvres des polymères.
Problèmes physiopathologiques et diagnostiques.
Soc. Méd. & Hyg. trav., 13 Oct. 1969.
- 113 - GAZETTE MEDICALE DE FRANCE
Examens d'orientation diagnostique en pratique
médicale courante.
Les grands syndromes et leurs examens.
Edicis 1969.
- 114 - GAZETTE MEDICALE DE FRANCE
Examens de laboratoire en pratique médicale
courante.
Edicis 1974.
- 115 - GEDDES (A.M.)
Undiagnosed fever - Rickettsial, Viral and
Helminth infections.
Br. Med. J. 4 - Nov. 74.
- 116 - GEORGE (J.M.), WOLFF (S.M.), DILLER (E.) and
BARTTER (F.C.)
Recurrent fever of unknown etiology : failure to
demonstrate association between fever and plasma
unconjugated etiocholanolone.
J.Of.Clin. Invest. 1969 - 48.
- 117 - GERACI (J.E.), WEED (L.A.) and NICHOLS (D.R.)
Fever of obscure origin. The value of abdominal
exploration in diagnosis. Report of seventy cases.
J.A.M.A. 1959, 169 : 1306 - 1315.
- 118 - GIRODET (B.)
Diagnostic des fièvres prolongées
(à propos de 100 Observations personnelles)
Thèse LYON 1974, N° 520.
- 119 - GIROUIN (D.) et BRICAIRE (F.)
Aspects cliniques actuels des infections
bactériennes.
Perfect. Prat. 222, Janv. 1977.

- 120 - GLINOER (D.), ERMANS (A.M.) et GOOPINSCHI (G.)
Fièvre et endocrinopathies
Acta Clinica Belgica 28 - Juillet 1973.
- 121 - GODLEWSKI (G.) et (J.)
Synthèse des Assises départementales sur les
fièvres prolongées.
Assises de Médecine 23, 1965 - Tome XX
- 122 - GONIN (A.)
Les fièvres prolongées chez les cardiaques.
Journ. Méd. de LYON, Mai 1965 - 1077, 1086.
- 123 - GOUDEMAND (M.)
Les fièvres prolongées au cours des hémopathies
Lille Méd. Nov. 1965, 10 N° 8.
- 124 - GOURSAUD (R.)
Aspect épidémiologique du recrutement d'un
service de pathologie infectieuse des hôpitaux
des armées.
(Service de Médecine B - Prof. Ag. Giroud,
Hôpital d'instruction des armées - LYON)
Thèse Médecine Lyon, Oct. 1976, N° 394.
- 125 - GOWER (N.D.)
Fièvre d'origine inconnue.
Lancet 1963 - 7273.
- 126 - GRAS (H.) et MARCHEIX (J.C.)
La fièvre des cardiaques.
Rev. Prat. Nov. 1971, 21 - 29.
- 127 - GREEN (A.)
Valeur de la laparotomie dans le diagnostic
des fièvres d'origine inexpliquée.
Thèse Univ. Paris 1975, N° 107
- 128 - GRIMBERG-LEGRAND (S.)
Etiocholanolone & Maladie périodique.
Thèse Paris 1960.
- 129 - GRUVER (R.H.) and FREIS (E.D.)
-A study of diagnostic errors-
Ann. Int. Med. 47, 108, 1957.
- 130 - GUERIN (J.C.), MARQUET (M.) et KALB (J.C.)
La tuberculose en déclin ?
Réflexions à propos de 100 nouveaux cas en
6 mois.
Lyon Médical, Avril 1977 - 237,8.

- 131 - HAND (W.J.)
Unexplained fever
Med Clin. North Amer. 1958.
- 132 - HARRISSON (T.R.)
Principes de médecine interne
Tomes I et II - Flammarion 1972.
- 133 - HARTMANN (L.)
Techniques modernes de laboratoire et explo-
rations fonctionnelles. (Tome 2)
Expansion scientifique française, Paris 1971.
- 134 - HEGGLIN (R.)
Le diagnostic en médecine interne.
Chap. VI "Etats fébriles" - 151, 212.
Masson 1972.
- 135 - HERREMAN (G.) et WECHSLER (B.)
Diagnostic d'une fièvre prolongée.
Vie médicale Oct. 1972, 32-3.
- 136 - HEYRAUD (J.D.)
Splénectomie à visée curatrice et laparotomie
exploratrice dans la maladie de Hodgkin
Thèse Méd. Lyon 1973.
- 137 - HOERNI (B.)
Infections et Cancers
Méd. Int. 11-11, Nov. 1976.
- 138 - HOUDAS (Y.), GUIEU (J.D.) et LECROART (J.L.)
Cinétique de l'équilibre thermique de
l'homme et ses anomalies.
Nouv. Presse Méd., Mai 1977, 6, 19.
- 139 - HOWARD (P.H.) and HARDIN (W.J.)
The role of surgery in fever of unknown
origin.
Surg. clin. North Amer. Apr. 1972,
52, 2 : 397 - 403.
- 140 - INSERM, section "Information en santé publique"
de la division de la recherche médico-sociale.
Enquête de morbidité générale, 1974 (communiqué)
- 141 - JACOBY (G.A.) et Al.
Fever of undetermined origin.
N. Eng. J. Méd. 289, Déc. 73.

- 142 - JEANBLANC (F.)
Place de l'hépatographie aux liposolubles
dans l'exploration du foie.
Thèse Lyon 1973, N° 80.
- 143 - JENN (A.)
Complications graves de la lymphographie au
lipiodol ultrafluide (à propos de 9 cas)
Thèse Méd. Lyon 1975, N° 87.
- 144 - JUNOD (Ch.)
Savoir interpréter l'examen parasitologique,
bactériologique et mycologique des selles.
De Wisscher et Maloine 1969.
- 145 - KANNER (I.F.)
The programmed physical examination with or
without a computer.
J.A.M.A. 215, 8, Féb. 71.
- 146 - KEEFER (C.S.) and LEARD (S.E.)
Prolonged and perplexing fevers.
Boston 1955, Little, Brown and Co.
- 147 - KELLER (J.W.) and WILLIAMS (R.D.)
Laparotomy for unexplained fever.
Arch. Surg. 1965, 90 - 4 : 494-498.
- 148 - KHATCHADURIAN (A.K.) and ARMENIAN (H.)
Management of familial paroxysmal polyserositis.
Lab. Méd. J. 1972, 25, 495.
- 149 - KLASTERSKY (J.) et Al
Fever of unexplained origin in patients with cancer.
Eur. J. Cancer 9 - (9) Sept. 73.
- 150 - KLIGMAN (A.)
Are Fungus infections increasing as a result
of antibiotic therapy ?
J.A.M.A. 149, 1952.
- 151 - KOVALCIK (P.J.)
The Nitroblue Tetrazolium (NBT) test in evaluation
of post-operative fever.
Surg Forum 27 (62) : 50 - 1, 1976.
- 152 - KREELL, JONES (E.A.) and TAVILL (A.S.)
A comparative study of arteriography and
scintillation scanning in space - occupying
lesions of the liver.
Brit. J. Radiol. 1968 - 41.

- 153 - LABRAN (C.)
Conduite à tenir devant une fièvre prolongée.
Concours Méd. Oct. 1965, N° 40.
- 154 - LACUT (J.Y.), LENG (B.), BUY (E.), BOGET (J.C.)
et AUBERTIN (J.)
Fièvre, infection et cancer
Expérience de la clinique médicale et des
maladies infectieuses.
Bordeaux Méd. N° 9 , Mai 1974.
- 155 - LAFAIX (Ch.)
L'approche diagnostique des fièvres au long
cours en pratique médicale.
Les entretiens de TENON 1976 - 1977,
Expansion Scientifique.
- 156 - LAMOTTE (C.)
Les fièvres prolongées.
Etude critique de cinquante observations.
Thèse Méd. Paris 1975, N° 64.
- 157 - LAMY (R.), ANTHOINE (D.), REBEIX (G.) et
DAVID (M.)
Les fièvres prolongées d'origine tuberculeuse.
Ann. Méd. Nancy 1965 IV
- 158 - LAPORTE (A.)
Editorial. Fièvres et régulations thermiques.
Gaz. Méd. France 1971 - 22.
- 159 - LARCAN (A.)
A propos du diagnostic des fièvres prolongées.
Ann. Méd. Nancy - Oct. 1965 - 4.
- 160 - LARKIN (J.M.) et Al.
Total body hyperthermia and preliminary
results in human neoplasms.
Surg. Forum 27 (62) : 121-3, 1976.
- 161 - LE BOURGEOIS (J.P.) et Coll.
La laparotomie dans la maladie de Hodgkin - Bilan
des résultats.
Nouv. Presse Méd. - Nov, Déc. 1974 - 3, 41-43.
- 162 - LECOQ (R.)
Manuel d'analyses médicales et de biologie
clinique
Doin 1967.
- 163 - LEDOUX-LEBARD (G.) et MOREAU (J.F.)
L'exploration radiologique d'une fièvre au long
cours.
Concours Méd. Janv. 1970, 92 N° 5.

- 164 - LEGENDRE (P.) et Coll.
Du test au NBT dans le diagnostic d'une
infection bactérienne.
Bordeaux Méd. 1976, 9,21 : 1619-1624
- 165 - LEMAITRE (J.J.)
Les fièvres prolongées (à propos de l'étude
de 11 cas)
Thèse Paris 1964, N° 306.
- 166 - LEMIERRE
Le diagnostic des fièvres continues par
les méthodes biologiques.
Concours Méd. Janv. 1953 - N° 5.
- 167 - LE NEGRE (J.)
La fièvre chez les cardiaques.
France Méd. 1950 - 5.
- 168 - LENG-LEVY (J.), DAVID-CHAUSSE (J.), BERNARD (J.P.)
et AUCH (Y.)
Le diagnostic d'un état fébrile prolongé
J. Méd. Bordeaux 1963 - 140.
- 169 - LENG-LEVY (J.), AUBERTIN (J.), LENG (B.),
LACUT (J.Y.), LE GALL (F.)
Signification de la fièvre chez les cancéreux.
Maroc Méd. Août, Septembre 1971 - N° 549.
- 170 - LENZI (G.), CAVASSINI (G.B.) et LENZI (E.)
La laparoscopie
Masson Ed. Paris 1960.
- 171 - LESPINASSE (G.)
La fièvre dans le cancer. La valeur comme
symptôme révélateur.
Thèse Bordeaux 1957 - N° 222.
- 172 - LE SUEUR (G.)
Problèmes diagnostiques posés par une fièvre
prolongée chez l'adulte.
Gaz. Méd. France 1967 - 74.
- 173 - LEVENT (R.)
Le diagnostic des fièvres continues.
Gaz. Hôp. Mars 1953.
- 174 - LORTHOLARY (P.), DIEBOLD (J.)
L'adénogramme et la biopsie ganglionnaire.
Quand demander et qu'attendre de ces examens?
Conc. Méd. 97-2, Janvier 1975.

- 175 - LUFT (F.C.) et Al.
Infections or neoplasms as causes of prolonged
fever in cancer patients.
Amer. J. Med. Sci. 272 (1), Jul. Aug. 1976
- 176 - LOUISOT (P.)
Analyses biologiques et explorations
fonctionnelles.
Simep. Ed. 1970.
- 177 - LOURIA (D.B.)
Fever of unknown origin.
Del Med. J. 43, Nov. 71.
- 178 - LUBCKE (P.)
Valeur de la ponction biopsie-hépatique
pour le diagnostic de diverses maladies.
Cah. Méd. 1972 - 13 : 895 - 900.
- 179 - MAISONGROSSE (G.)
La ponction biopsie hépatique
Etude critique à propos de 300 examens.
Thèse Lyon 1971 - N° 221.
- 180 - MAMOU (H.)
Maladie périodique et Etiocholanolone.
Presse Méd. 1970, 16.
- 181 - MANIGAND (G.)
Fièvre et maladies de système.
Vie Méd. 4, 58, Fév. 1977, 1.
- 182 - MARCHAL (G.), BERNARD (J.), et Coll.
La lymphographie dans le dépistage des
adénopathies profondes, son intérêt dans
le diagnostic et le pronostic des hémopathies
malignes.
Presse Méd. 1961, - 69.
- 183 - MARGAIRAZ (A.) et Coll.
Abrégé de pathologie infectieuse
Masson 1975.
- 184 - MARTIN (R.R.)
Exploratory Laparotomy in fever of unknown
origin.
Md. State Méd. J. 19 Déc. 1970.
- 185 - MERILLON (H.), BENHAMOU (J.P.) et FAUVERT (R.)
Les granulomatoses hépatiques
Rev. Prat. Mai 1968, Tome 18, N°15 : 2311-2321.

- 186 - MIELOT (F.) et Coll.
Intérêt du test NBT dans le diagnostic
des maladies fébriles.
Gazette Méd. de France, Oct. 1975, 82, 29
3331 - 3338.
- 187 - MODAI (J.)
Conduite à tenir devant une fièvre prolongée
apparemment isolée.
Vie Méd. Sept 1970, 51.
- 188 - MODAI (J.)
Diagnostic d'un état fébrile prolongé.
Méd. Intern. 1972, 7.
- 189 - MOLAVI (A.) and WEINSTEIN (L.)
Persistant perplexing pyrexia : some comments
on etiology and diagnosis.
Med. Clin. North. Amer. 1970, 54.
- 190 - MONIER (J.C.) et Coll.
Recherche qualitative et quantitative des
auto-anticorps par immunofluorescence.
Intérêt dans le diagnostic et la surveillance
des maladies auto-immunes (4ème partie)
Lyon Méd. Mars 1977, 237, 5.
- 191 - MORIN (M.) et VALLEREAU de MOULLIAC (M.)
Séméiologie et Diagnostic d'une maladie
fébrile.
Rev. Prat. Nov. 1971.
- 192 - MORNEX (R.)
Pour une stratégie des examens paracliniques.
Nouv. Press. Méd. Mai 1977, 6, 20.
- 193 - MUCKE (D.S.) et Al.
High fever and cancer.
Lancet 1 - 972, Mai 1971.
- 194 - NAUDIN (G.)
Quand demander une laparoscopie et
éventuellement une ponction biopsie du foie ?
Concours Méd. Novembre 1968, 12.
- 195 - NIQUET (P.)
Les fièvres infectieuses et parasitaires.
Assises de Médecine 23ème A, 4 Sept. 1965.
- 196 - NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS
Suppl. Concours Méd. Nov. 1976 - 41.
- 197 - NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES DE BIOLOGIE
Communication personnelle - 1976.

- 198 - OBRASKA (P.), PERLEMUTER (L.) et QUEVAUVILLIERS (J.)
Médecine Tome IV
Maladies infectieuses - Hématologie
Masson 1970

- 199 - OPPEL (T.W.) and BERNISEN (CA.)
Symposium on differential diagnosis of internal disease; the differential diagnosis of fevers; the present status of the probleme of fever of unknown origin.
M. Clin. North America 1954.

- 200 - ORDOVINI (J.)
Les fièvres de cause inconnue.
Etude d'une série de 65 Observations.
Thèse Clermont-Ferrand 1970, N° 33.

- 201 - PAILLER (F.M.) et PARADO (C.)
Les contrôles de qualité au laboratoire de biochimie clinique.
Méd. et Armées 1975, 3, 1.

- 202 - PASSA (Ph.) et MARGENT (P.)
Indications, intérêt et limites de la lymphographie dans le diagnostic des fièvres prolongées.
Livrets du Médecin 1971, III.

- 203 - PASSERON (J.) et ALBESSARD (F.)
Fièvre chez les "cardiaques".
Vie Méd. 4, 58, Février 1977, 1.

- 204 - PASQUIER (J.) et Coll.
Les fièvres prolongées - Jeudis de l'Hôtel de l'Europe -
Lyon Médical 1974, 232, 16 : 377 - 391

- 205 - PAUCHARD (J.)
A propos des fièvres prolongées de l'adulte; quelques réflexions pour vous permettre de contrôler vos connaissances.
Thèse Lyon 1973, N° 230.

- 206 - PAYET (M.)
Adaptation en langue française de : Hygiène et Santé du voyageur en zone tropicale.
The Ross Institute of tropical hygiene.
Directeur : Bruce Chwatt L.F.
Masson 1974

- 207 - PELISSIER DU BESSET (J.)
Recrutement et intérêt d'un service de médecine interne dans un hôpital de 2ème catégorie, 2ème groupe (Hôpital d'Oyonnax)
Thèse Lyon Juin 1976, N° 196.
- 208 - PEQUIGNOT (H.)
La ponction biopsie du foie dans un service de médecine générale.
Marseille Méd. 1969, 9 : 719 - 732.
- 209 - PERRIN-FAYOLLE (M.)
L'endémie tuberculeuse en milieu hospitalier et sanatorial.
Résultats d'une enquête sur 3000 cas.
Lyon Méd. 1974, 232 - 14.
- 210 - PERRY (W.) et Al.
Peritoneal tuberculosis presenting as pyrexia of unknown origin in immigrants.
J. Trop. Med. Hyg. 79, 4 Apr. 1976.
- 211 - PETERSDORF (R.G.) and BEESON (P.B.)
Fever of undetermined origin : report on 100 cases.
Medicine Feb. 1961, 40 - 1.
- 212 - PETERSDORF (R.G.)
Fever of unknown origin.
Ann. of. int. Med. 1969 - 70.
- 213 - PETERSDORF (R.G.) and BENNETT (I.L.)
Factitious fever
Ann. Of. Int. Med. 1957, 46 : 1039- 1062.
- 214 - PETTERSSON (T.)
Fever of obscure origin
A follow-up investigation of 88 cases.
Acta Medica Scand. 1962, 171 - 575.
- 215 - PICOT (R.)
L'approche du diagnostic dans les collagénoses à forme fébrile pure.
A propos de 35 Observations.
Thèse Méd. Toulouse 1974-1975, N° 235
- 216 - PINCHERLE (G.) and SHANKS (J.)
Value of the erythrocyte sedimentation rate as a screening test.
Brit. J. Prev. Soc. Med. 1967, 21.

- 217 - PRADEL-RAYNAL (J.), DEPORTE (A.) et CHERIGIE (E.)
Le point de vue du radiologiste sur les fièvres prolongées.
Assises de Médecine 1965, 23ème Année, N° 5, Tome XX.
- 218 - PRECHT (H.), CHRISTOPHERSEN (J.), HENSEL (H.) and LARCHER (W.)
Temperature and Life.
Springer-Verlog Berling - Heidelberg - New-York 1973.
- 219 - PRIEST (R.J.)
Familial Recurring Polyserositis
(Familial mediterranean fever, periodic Peritonitis)
In Gastroenterology
Vol. 4 - Section X 22-32-1976, Saunders Ed.
- 220 - RAKATANSKY (H.) and KIRSNER (J.B.)
-The gastrointestinal tract. An often forgotten source of prolonged fever.
Arch. Int. Med 1967, 119
- 221 - RAULT (Ph.)
Les fièvres prolongées de diagnostic difficile.
Etude analytique de 240 Observations.
Thèse Paris 1973.
- 222 - REID (J.V.D.)
Pyrexia of unknown origin : study of a series of cases.
Brit. Med. J. 1956, 23-24.
- 223 - REIMANN (H.A.), MC-CLOSKEY (R.)
Periodic fever
-Diagnostic and therapeutic problems
JAMA June 1974, Vol. 228 - N° 13
- 224 - REVOL (J.) et VIALA (J.J.)
Les fièvres prolongées dans les hémopathies.
J. Méd. Lyon 1965, 46 : 991 - 996.
- 225 - REYNOUARD (F.)
Les surprises du retour de voyage en pays tropical.
Perfect Prat. Suppl. N° 170, Mai 1975.
- 226 - RICHARD (M.)
La péritonéoscopie
Cah. Méd. 50, 25, Juin 1974.

- 227 - RICHARD-LENOBLE (D.)
Intérêts et limites de la sérologie parasitaire.
Rev. Prat. Mai 1976, 26.
- 228 - RIFFAT (G.) et DELOMIER (Y.)
Diagnostic d'une fièvre prolongée chez le
vieillard.
Cahiers Méd. Lyonnais 1969, Vol. 45-2.
- 229 - RIVOIRE (R.) et (J.)
Les consultations journalières en biologie
clinique.
16 : 165 - 174 - Masson Ed. 1968.
- 230 - ROBINEAU (M.)
Apport de la ponction biopsie hépatique au
diagnostic des fièvres prolongées.
Rev. Méd. 1972, 40 : 2629, 2634.
- 231 - ROTHMAN (D.L.) et Al
Diagnostic laparotomy for fever or abdominal
pain of unknown origin.
Amer. J. Surg. 133 (3) : 273-5, Mar 77.
- 232 - ROUILLAT (M.)
Les fièvres prolongées de l'adulte.
Etude critique des moyens de diagnostic à
propos de 72 Observations personnelles.
Thèse Médecine Lyon 1976, N° 200.
- 233 - ROUME (M.T.)
Un Hôpital de Médecine Générale : L'hôpital
Ste Croix de Lyon. Tome 1.
Thèse Lyon Février 1975, N° 60.
- 234 - ROUSSET (H.)
Le Questionnaire Médical
Thèse Lyon 1973, N° 171.
- 235 - ROUSSET (H.)
De l'interrogatoire en médecine à la notion de
symptôme.
Cah. Méd. Lyonnais - Mai 1974, 50 N° 20.
- 236 - SCHATZ (A.)
Place de la lymphographie dans les états
fébriles prolongés et inexpliqués.
Thèse Méd. Paris 1975, N° 249.
- 237 - SCHNEIDER (J.)
Aspect parasitologique des fièvres crypto-
génétiques.
Vie Méd. 1964, - 45.

- 238 - SCHWARTZ (D.)
Méthodes statistiques à l'usage des médecins
et des biologistes.
Paris, Flammarion 1963.
- 239 - SCOTT (P.J.)
Benefits and hasards of laparotomy for medical
patients.
Lancet 1970, 2 : 941-946.
- 240 - SEGRETAİN (G.), DROUHET (E.) et MARIAT (F.)
Diagnostic de laboratoire en mycologie
médicale.
Maloine 1974.
- 241 - SERGENT (E.)
L'exploration clinique médicale
Masson et Cie Editeur, 1950, Paris
- 242 - SHEON (R.P.) and VAN OMMEN (R.A.)
Fever of obscure Origin
Diagnosis and Treatment based on a series of
sixty cases
American J. Méd. 1963 - 34.
- 243 - SICOT (C.)
Quand demander et comment interpréter une
ponction biopsie hépatique ?
Concours Méd. Mars 1976, - 98, 12.
- 244 - STREIFF (F.) et PETERS (A.)
Les fièvres au cours des hémopathies et
collagénoses.
ANN. Méd. Nancy - 4- 1965.
- 245 - SUDRE (M.Y.)
Fièvre continue des collagénoses et des hém-
réticulopathies.
Journ. Méd. Bordeaux - Août 1965 - 3.
- 246 - TACQUET (E.) et de CRILDER (B.)
Exploration des maladies présentant une fièvre
prolongée.
Lille Méd. Déc. 1965 - 10 N° 9
- 247 - THENOT (A.)
Examen d'un malade fébrile.
Vie Méd. 4, 58, Fév. 1977, 1.
- 248 - THIVOLET (J.) et FLEURETTE (J.)
Les fièvres prolongées de causes diverses et
rares (maladie périodique, collagénoses)
J. Méd. Lyon, Mai 1965 - 1077.

- 249 - TOMAS POMATO (A.)
Fiebre y tumores malignos. Estudio basado en
455 casos de neoplasias demostrados.
Pren. Méd. Argent 59/23 1972.
- 250 - TRIFIRO (P.)
Les fièvres toxiques
Thèse Paris VII 1971
- 251 - TUMOLTY (P.A.)
Topics in clinical medicine. The patient with
fever of undetermined origin. A diagnostic
challenge.
John Hopkins Med. J. 120 - Feb. 1967
- 252 - VANBREUSEGHEM (R.)
Guide pratique de mycologie médicale
Masson 1966.
- 253 - VIAL (H.)
Les fièvres prolongées d'origine infectieuse.
Assises Méd. 23 - 4 Sept. 1965
- 254 - VIALA (J.J.)
Diagnostic des fièvres prolongées.
Cahiers Méd. Lyon T 42, N° 11, Avril 1966.
- 255 - VIE MEDICALE
Maladies Infectieuses.
Suppl. 58 - 1/2 Janv. 1977.
- 256 - VIGNE (A.)
Les fièvres prolongées en hématologie.
Assis. Méd. 23 - 5 Déc. 1965
- 257 - VINCENT (P.)
Rôle du laboratoire dans les maladies à virus
Cah. Méd. Lyon, Octobre 1971 - 47 N° 34.
- 258 - VINCENT (P.)
Rôle du laboratoire dans les infections
bactériennes.
Cah. Méd. Lyon, Octobre 1971, 47 N° 33.
- 259 - VUILLERMET (H.)
"Radioscopie" d'un service de médecine interne
(Hôpital de Villefranche s/ Saône)
Thèse Lyon, Juin 1976, N° 268
- 260 - WILBER (R.D.) and FOULK (W.T.)
Percutaneous liver biopsy.
J. Amer. Med. Ass. 1967, 202 : 53,55.

- 261 - WILKINSON (S.)
The value of exploratory laparotomy in fever
of unknown etiology.
Mt Sinai - J. Med. Ny 42 (3) May - June 75
- 262 - WINTROBE (M.M.)
Clinical Hematology
Philadelphia, Lea et Febiger 1967.
- 263 - WINZELBERG (D.)
Statistiques de morbidité d'un service de
médecine générale isolé relevant de l'assistance
publique de Paris.
Thèse Paris 1972.
- 264 - WOLFF (S.M.) et Al.
Unusual etiologies of fever and their evaluation.
Ann. Rev. Med. 26 - 1975.
- 265 - YOUINOU (P.) et Coll
Vicissitudes d'une fièvre au long cours.
Concours Méd. Oct 1976 - 98 - 36.
- - - - -

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>CHAPITRE I - SITUATION ACTUELLE DU PROBLEME DES FIEVRES</u> <u>PROLONGEES</u>	
1 - Définition	3
2 - Les étiologies : étude d'après les statistiques ...	5
. bases de l'étude	6
. résultats	8
. étude individuelle de chaque cadre étiologique ..	17
3 - La démarche de recherche habituelle	62
4 - Les <u>écueils</u> relevés à propos de cette démarche	65
<u>CHAPITRE II- PROPOSITION D'UNE METHODE D'ETUDE</u> <u>SYSTEMATISEE</u>	
1 - Etablissement d'un protocole : méthodologie	69
2 - Le protocole élaboré	72
. interrogatoire	74
. examen clinique	86
. examens paracliniques	94
. vue synthétique	101
. problèmes particuliers	103
<u>CHAPITRE III-EVALUATION DU PROTOCOLE</u>	121
1 - Les sources	122
2 - La méthodologie	123
3 - Etude a posteriori par "simulacre sur dossiers" ...	124
4 - Etude prospective	159
<u>CONCLUSIONS</u>	189
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	190

